Tom IV. Listopad 1902. № 11.

Czasopismo Lekarskie

Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc *

Podał Dr. med. **Alfred Sokołowski** (Warszawa).

Zanim rozpoczniemy wykład o właściwem leczeniu ostrego zapalenia płuc, pomówimy słów kilka, w myśl aforyzmu francuzkiego „prevernir vaut mieux, que guerir,“ o profilaktyce tej choroby, która, jak wiadomo, rok rocznie obezwładnia na pewien przeciąg czasu (kilka tygodni, nieraz—miesięcy) znaczną część osobników każdego społeczeństwa, a nawet w pewnej odsetce przypadków staje się przyczyną śmierci. Zdawałoby się, że z chwilą ustalenia się pojęcia o pasorzytniczym charakterze zapalenia płuc wszelkie nowoczesne zdobycze hygieny, których wpływ na zapobieganie wielu ostrych chorób zakaźnych jest tak bardzo widoczny, powinnyby również w pewnej mierze przeciwdziałać szerzeniu się zapalenia płuc. Niestety, odnośnie do tej choroby możemy stwierdzić fakt zupełnie odwrotny. O ile w miarę wprowadzania w życie wielkich reform w dziedzinie hygieny społecznej zmniejsza się niebezpieczeństwo wielu epidemii (tyfus, cholera), nawet gruźlicy, o tyle znowu ilość osób, zapadajacych na ostre zapalenie płuc rok rocznie nie tylko nie zmniejsza się, lecz, przeciwnie, wzrasta; widocznem więc jest, że warunki sprzyjające powstawaniu zapalenia płuc są odmienne od powodujących rozwój innych ostrych chorób zakaźnych. Szerzenie się zapalenia płuc za pomocą zarażania się z otoczenia widocznie ma miejsce bardzo rzadko, natomiast w ogromnej ilości przypadków występuje samozakażenie przez zarazek, który znajduje się stale w organizmie ludzkim. Bliższe zaś warunki powstawania zapalenia płuc, jak to wyżej wskazaliśmy, dotychczas jeszcze nieściśle są zbadane. Profilaktyka więc stosowana w ten sposób, jak w innych chorobach zakaźnych, t. j. polegająca na niszczeniu zarazka choroby i jego produktów, w zapa-

*) Wyjątek z wkrótce ukazać się mającego II-go Tomu podręcznika Chorób dróg oddechowych.

leniu płuc odgrywa, zdaniem mojem, podrzędną rolę. Steorotypowo powtarzane w rozmaitych podręcznikach i utarte przepisy zalecające w celu wstrzymania szerzenia się choroby odkażanie i niszczenie plwociny jednostek, dotkniętych zapaleniem płuc, należy uważać za czcze i banalne frazesy. Wiemy przecież, jak krótkotrwałe jest istnienie znajdujących się na zewnątrz organizmu pasorzytów, właściwych zapaleniu płuc. Również nieuzasadnionem zdaje się mi być zalecanie płukania środkiem odkażającym jamy ustnej; z jednej bowiem strony odkażenia jamy ustnej za pomocą płukań nie jesteśmy w stanie dokonać, tembardziej, że swoisty zarazek znajduje się normalnie nie tylko w wydzielinie jamy ustnej, lecz i nosa i jego zatok, z drugiej znowu strony – nie sam pasorzyt, jako saprofyt stale u nas przebywający, wywołuje chorobę, lecz przejście jego w stan czynny, w t. zw. okres jadowitości. Warunki zaś powstawania jadowitości pasorzyta dotychczas jeszcze są niezbadane. Obecnie możemy poniekąd tylko przypuszczać, że przejściu pasorzyta ze stanu biernego w stan czynny ogólnie sprzyjają wszystkie te warunki, które osłabiają odporność organizmu. Wprawdzie zapalenie płuc rozwija się nieraz i u ludzi uprzednio zdrowych i mocnych, najczęściej jednak u dzieci, starców, wogóle u osób słabych. Profilaktyka więc skierowaną być powinna ku wyzyskaniu wszystkich tych środków, które prowadziły by do wzmocnienia odporności i zdrowia nietylko pojedyńczej jednostki, lecz całych pokoleń i ras. W ten sposób zrozumiana profilaktyka może dać pożądane wyniki i stopniowo powstrzymać szerzenie się zapalenia płuc. Przedewszystkiem więc, podobnie jak i w gruźlicy, największą doniosłość ma poprawa warunków ogólnospołecznych, jako to: podniesienie dobrobytu i wynikające z tego umoralnienie i uświadomienie klasy biedniejszej. Następnie wielkie znaczenie profilaktyczne mogło by mieć ograniczenie za pomocą odpowiednich rozporządzeń państwowych nadużywania napojów wyskokowych. Kto wie, czy zatrważająco szybkie szerzenie się pijaństwa w ostatnich dziesiątkach lat, szczególnie w Zachodniej Europie, nie stanowi jednej z poważnych przyczyn zwiększenia się liczby chorych na zapalenie płuc. Co się tyczy wzmacniania odporności organizmu ludzkiego, to w tym celu, o czem bardzo szeroko mówiłem w I części mojego podręcznika „Wykłady chorób dróg oddechowych“, powinniśmy się starać o zwalczanie panujących przesądów co do szkodliwości świeżego powietrza, przesadną obawę t. zw. zaziębiania się, następnie o staranne przewietrzanie mieszkań, hartowanie skóry za pomocą zimnych obmywań, kąpieli, o używanie ruchu na świeżem powietrzu, gimnastyki i t. p. W ten sposób wzmocniony organizm osiągnie pewną odporność przeciwko wszelkiego rodzaju chorobom, a między innemi i przeciwko zapaleniu płuc.

Przystępując do opisu właściwego leczenia ostrego zapalenia płuc, zaznaczę przedewszystkiem że może żadnej z ostrych chorób nie poświęcono od najdawniejszych czasów aż do obecnej chwili tylu prac, tylu badań, ile sprawie leczenia zapalenia płuc. Poda-

wano całe setki różnorodnych metod i środków jakoby korzystnie wpływających na przebieg tej choroby. W ostatnich dziesiątkach lat, po wprowadzeniu t. zw. metody statystycznej, starano się cyframi wykazać wyższość i większą skuteczność jednej metody leczniczej nad drugą.

Znacznie przekroczyłbym zakres niniejszej pracy, zdaniem mojem nawet niepotrzebnie, gdybym choć w części zamierzył poddać rozbiorowi różne teorye, dotyczące sprawy leczenia ostrego zapalenia płuc. Postaram się podać tutaj tylko niektóre z nich; wpierw jednak należy się zastanowić, gdzie właściwie tkwi źródło tych zawodów i błędów popełnianych nieraz przez pierwszorzędnych badaczów i najbardziej krytyczne umysły lekarskie. Sądzę, że sprzeczności poglądów na wyniki leczenia ostrego zapalenia płuc, jak słusznie zauważył Peel, zależne są od tego: 1) Że większość lekarzy nie jest obeznana dostatecznie z naturalnym przebiegiem tych chorób, które nie wymagają jakiegoś specyalnego leczenia. Do takich chorób należy ostre zapalenie płuc, które w $^3/_4$ przypadków przebiega zupełnie pomyślnie, a ustrój sam, wskutek jakichś czynników wyrównywających bliżej nam nieznanych, zwalcza chorobę. 2) Że statystyki, podawane przez rozmaitych autorów, zestawiane są przeważnie jednostronnie, dotycząc np. szpitali wojskowych, w których lekarz ma do czynienia z jednostkami młodemi, uprzednio zdrowemi. Wyniki więc korzystne, otrzymywane w danych razach jakoby przez stosowanie pewnej zachwalonej metody leczniczej, czy też leku, możnaby osiągnąć również i za pomocą innych środków, a nawet wprost przez zachowanie tylko odpowiednich wymagań hygieniczno-dyetycznych. 3) Indywidualny stan chorego jako też natężenie epidemii odgrywają, o czem nieraz już wspominałem, w przebiegu i zejściu ostrego zapalenia płuc pierwszorzędną prawie rolę. Nieuwzględnienie więc tych czynników w zestawianiu odpowiednich statystyk, a zresztą wynikające w takich razach nadzwyczajne trudności, stanowią, zdaniem mojem, również ważny błąd wyników statystycznych. 4) Niedokładność metody statystycznej polega również na tem, że niektórzy autorowie o pewnej metodzie leczniczej mają już a priori wyrobione zapatrywanie, np. Jurgensen i Liebermeister odnośnie do hydropatycznego leczenia ostrego zapalenia płuc, i wszelkie wyniki dodatnie leczenia przypisują jedynie tej metodzie.

Powyższe wyjaśnienia, sądzę, pozwolą nam zrozumieć owe sprzeczne, a nieraz niezrozumiałe wyniki, otrzymywane przez stosowanie jednej i tej samej metody leczniczej lub leku, i może uchronią niejednego lekarza w przyszłości od zbyt pochopnego i w dobrej wierze przyjmowanego zalecania w ostrem zapaleniu płuc wszelkich nowych w ostatnich czasach nadzwyczaj reklamowanych środków. Z drugiej strony, nie należy się jednak dziwić, że badawczy umysł lekarski od wieków dąży do wynalezienia odpowiedniej metody lub też swoistego leku w celu zwalczenia tak częstej i ciężkiej choroby, jaką jest ostre zapalenie płuc. Dążenie to wzmogło się od czasu, kiedy udało się natrafić na pewne leki

bezwarunkowo skuteczne w niektórych ciężkich chorobach (zimnica, syfilis, ostry gościec stawowy), a jeszcze bardziej stało się pożądanem, kiedy już nie przypadkowo, lecz na podstawie ściśle naukowych badań medycyna zyskała potężny środek przeciw błonicy pod postacią t. zw. surowicy przeciwbłonicznej.

Najbardziej długotrwała metoda leczenia ostrego zapalenia płuc była t. zw. metoda przeciwzapalna, polegająca na ogólnym upuście krwi, lub miejscowym za pomocą pijawek, baniek ciętych. W ciągu kilku wieków panowało powszechne przekonanie, że upust krwi stanowi najdzielniejszy środek przeciwzapalny i temsamem przeciwgorączkowy. Krwi upust stosowano nie tylko na początku choroby, w celu jej przerwania, ale kilkakrotnie podczas całego przebiegu, aby go złagodzić jako też przyśpieszyć zejście pomyślne; wskazanie do wenesekcyi stanowiło każde bez różnicy ostre zapalenie płuc; wiara i przekonanie w jej skuteczność były tak wielkie, że uznanoby za kardynalny błąd, gdyby w przebiegu zapalenia płuc lekarz choć raz jeden nie zastosował tego środka. Do rozpowszechnienia się przekonania w skuteczność krwioupustu przyczyniły się przeważnie dwie okoliczności, a mianowicie: 1) że zabieg ten stosowano bez wyjątku u wszystkich chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem płuc, a więc znaczną odsetkę pomyślnych zejść przypisywano dobroczynnemu wpływowi krwioupustu; 2) że w samej rzeczy bardzo często w ciężkich zapaleniach płuc, przy obecności znacznego zastoju w małym krwiobiegu, krwioupust stanowczo wywoływał subjektywną ulgę, a nieraz nawet przy istniejącym obrzęku płuc ratował życie chorego.

Metoda krwioupustu doszła do szczytu swego powodzenia w końcu 18-go i w pierwszej połowie 19-go wieku, zawdzięczając swe rozpowszechnienie szkole francuzkiej. Jeden z jej przedstawicieli wypowiedział odnośnie do leczenia ostrego zapalenia płuc aforyzm „saigné coup sur coup“, który przez długi czas służył za dogmat dla lekarzy pierwszej połowy ubiegłego wieku. Dopiero zawdzięczając niezwykle krytycznemu i spostrzegawczemu umysłowi naszego klinicysty krakowskiego Dietla, ustała krwawa orgia, której fanatyczni zwolennicy doprowadzali chorych do ostatnich granic bezkrwistości, pozbawiając ich nieraz w ciągu kilku dni do dziesięciu funtów krwi. Epokowa praca Dietla, o której w obecnej nawet chwili niemieccy autorowie twierdzą, że stanowi ona po dziś dzień jeszcze obfite źródło nauki i z wielką przyjemnością odczytać się daje, oparta nie tylko na krytycznych zasadach teoryi, lecz również na doświadczeniu klinicznem, przeprowadzonem przez Dietla, który zaniechał krwioupustu, a jedynie stosował t. zw. leczenie wyczekujące, zadała niejako cios śmiertelny metodzie upustu krwi. Pomimo to zabieg ten, szczególnie u nas, bardzo powoli schodził z pola i dopiero w ostatnich dziesiątkach lat na dobre został z praktyki lekarskiej wyparty. Wprawdzie krwioupust i w obecnej chwili od czasu do czasu bywa stosowany w przebiegu ostrego zapalenia płuc, lecz nie na sposób dawnej szkoły, jako środek przeciwzapalny, lecz mając wyraźnie określone wskazanie jako środek objawowy w przypadkach, o których niżej szczegółowo pomówimy.

Nieco obszerniej rozpisałem się nad powyższą metodą; miała ona szczególnie u nas szerokie zastosowanie, a do ostatnich niemal lat wielu lekarzy w początku zapalenia płuc stawianie ciętych baniek uważało za dogmat terapii. Echa tej metody jeszcze po dziś dzień znajdują swój odgłos w praktyce felczerskiej.

Leczenie ostrego zapalenia płuc za pomocą rozmaitych leków, którym autorowie przypisywali niejako swoiste działanie, było bardzo rozpowszechnione. Wiele z tych jakoby skutecznych przetworów farmaceutycznych po dłuższym lub krótszym czasie ulegało zapomnieniu, ustepując miejsca innym, te znowu innym, i t. d.. Wspominamy tutaj o przetworach rtęci, o emetyku (tartarus stibiatus), który, stosowany w znacznych dawkach, bardzo długo we Francyi i u nas uznawany był za środek przeciwzapalny. Ze środków, posiadających skuteczną własność przeciw zapaleniu płuc, a zalecanych w ostatnich czasach, wymienimy następujące:

Chinina i jej przetwory. Z chwilą, kiedy Binz w swych pracach wykazał działanie jej odkażające, wpływ na leukocytozę i na zmniejszenie gorączki, poczęła być chinina zalecana przeciw ostremu zapaleniu płuc. Te cenne właściwości chininy starano się zużytkować w leczeniu zapalenia płuc, przypuszczając, że środek ten wpłynie na zobojętnienie toksyn, znajdujących się we krwi i poniekąd oddziała na przebieg zapalenia płuc, jak na zimnicę. Leczenie za pomocą chininy, zalecanej przez pewien czas przez dawniejszych autorów, szczególnie francuzkich (Seé, Lepine i inni), w ostatnich czasach Aufrecht stara się podnieść do niemal swoistej metody, opierając się na wywodach statystycznych, wykazujących znaczne zmniejszenie się śmiertelności przez stosowanie chininy wewnętrzne, lub podskórne, bądź samej przez się, bądź też w połączeniu z żelazem (Chininum tannicum cum ferro oxydato $\overline{aa}$ 1.0; 3 razy dziennie). To, co mówiłem o wartości statystyki, dokonywanej w celu poparcia wyników terapeutycznych, da się zastosować w zupełności i do metody leczniczej Aufrechta. Odsetka (6—8%) śmiertelności w zapaleniu płuc, leczonem przez Aufrechta za pomocą chininy, nie jest mniejsza, a nawet jest większa od liczb wykazanych przez innych autorów, których metody leczenia były inne, lub też wprost wyczekujące. Ja również u moich chorych szpitalnych w ostatnich latach chininy nie stosuję wcale, a jednak odsetka śmiertelności nie przekroczyła 7%. Chininę natomiast, a jeszcze bardziej w połączeniu z żelazem, chorzy wogóle znoszą niezbyt dobrze, często dostają wymiotów; podskórnie zaś stosowana, do tego jeszcze 2 razy dziennie, wywołuje ból, a ztąd i upór chorych przeciw zastrzykiwaniom. Wreszcie, nawet i dziś jeszcze w praktyce wśród biednych ludzi jest lekiem zbyt drogim, tembardziej, że mało skutecznym.

To samo co o chininie da się powiedzieć i o przetworach Iodu (natrium i kalium jodatum, a nawet T-ra Jodi). Środki te, zalecane w swoim czasie przez autorów włoskich (Semmola) miały wywierać skuteczny wpływ przez pobudzenie przemiany materyi i szybsze wydzielanie toksyn z krwi. Na poparcie tych teoretycz-

nych wywodów liczni autorowie również podawali odnośne statystyczne dane; inni zaś, przeciwnie, nie podzielali poglądów pierwszych i doszli do niekorzystnych wyników.

Dalej cała grupa środków wzmagających leukocytozę we krwi miała korzystnie wpływać na przebieg zapalenia płuc. Niektórzy bowiem autorowie zauważyli, że w przypadkach zapalenia płuc przebiegającego niepomyślnie ilość leukocytów bywa znacznie zmniejszona. Do tych środków zaliczamy: pilokarpinę, antifebrinę, antipirynę i t. p. Pilokarpina, szczególnie zalecana przez Sziklaja, przez pewien czas miała wielkie zastosowanie w ostrem zapaleniu płuc. Doświadczenia następne jednak wykazały, że wymienione środki nie tylko nie przynoszą istotnej korzyści, lecz przeciwnie, wywołują przykre dla chorych poty i ślinotok (pilokarpina). Spostrzegano również po stosowaniu antifebriny dość groźne objawy zapaści, które, szczególnie u chorych uprzednio wycieńczonych, mogą sprowadzić najgorsze następstwa.

N a p a r s t n i c a (digitalis) zalecana w zapaleniu płuc przez jakiś czas przez Franka, Traubego i Wunderlicha - następnie zupełnie wyszła z zużycia aż znowu w ostatnich dziesiątkach lat wprowadzoną została przez gorącego jej zwolennika lekarza rumuńskiego Petresku i jego naśladowców, szczególnie włoskich i francuzkich lekarzy (Maragliano, Lepine i inni). Podczas gdy Traube, a za nim inni lekarze, zalecając naparstnicę w dawkach umiarkowanych, mieli przedewszystkiem na celu jej działanie wyrównywające krążenie krwi, a nawet, jak przypuszczali, własność przeciwgorączkową, to przeciwnie Petresku i jego zwolennicy stosowali ten środek w dawkach bardzo znacznych niemal trujących (10—12,0 na 200,0), sądząc, że w takiej ilości podawana naparstnica stanowi środek swoisty, działający nie tylko wzmacniająco na serce, ale przedewszystkiom posiadający jakoby własność zobojętniania toksyn we krwi, a tem samem wywołujący złagodzenie i skrócenie przebiegu ostrego zapalenia płuc. Twierdzenie to Petresku starał się poprzeć liczbami statystycznemi i wykazać w nich, że za pomocą stosowania tego środka śmiertelność w zapaleniu płuc zmniejszyła się do 2%. Nie będę powtarzał tego, co już powyżej mówiłem o wartości tego rodzaju statystyk, dodam jeno, że przypadki zapalenia płuc leczone przez Petresku, dotyczyły przedewszystkiem młodych, uprzednio zdrowych, żołnierzy i że inni autorowie, stosując naparstnicę na sposób Petresku, doszli do innych zgoła wniosków, bynajmniej za skutecznością tego środka nie przemawiających. W skutek tego w ostatnich latach chwilowy zapał do metody Petresku powoli osłabł, tembardziej, że stosowanie tak wielkich dawek naparstnicy nieraz wywoływało w przebiegu choroby raczej ujemny, aniżeli dodatni skutek.

L e c z e n i e h y d r o p a t y c z n e, stosowane również przez lekarzy od bardzo dawna pod różnorodną postacią (kąpiele zimne, stopniowo ochładzane, nacieranie, zawijanie w mokre prześcieradła) zostało podniesione w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia przez Jürgensena, a jeszcze bardziej przez Liebermeister'a, do rzędu swoistej metody przeciw zapaleniu płuc. Obydwaj au-

torowie, szczególnie zaś ostatni, stosowali zabiegi hydropatyczne, przypisując im własności przeciwgorączkowe i pobudzające serce zalecali jednak leczenie to w każdym bez różnicy przypadku zapalenia płuc, stąd też każdy pomyślny przebieg uważali jako dodatni wynik leczenia hydropatycznego i tej metodzie mieli zawdzięczać nieznaczną stosunkowo odsetkę śmiertelności. Liebermeister starał się przekonać o skuteczności swego leczenia za pomocą odpowiedniej statystyki, której liczby wykazały, że z chwilą wprowadzenia w jego klinice metody hydropatycznej śmiertelność z 25% spadła do 16%. Ani wywody Liebermeister'a, ani też liczby statystyczne, zestawione z niewielkiej ilości (230) przypadków, nie są dostatecznie przekonywające; stąd też leczenie hydropatyczne, przyjęte narazie w Niemczech z wielkim eutyazmem, powoli traciło swoich zwolenników. Zresztą, okazało się, że wyniki, otrzymywane przez leczenie za pomocą innych środków lub też wprost za pomocą t. zw. metody wyczekującej, wcale nie były gorsze, a częstokroć nawet lepsze, od wyników leczenia hydropatycznego. Pozatem stosowanie tej metody wywoływa u ciężko chorych nieraz wprost szkodliwe skutki (stan zapaści); w praktyce prywatnej często bywa trudnem do przeprowadzenia, a wreszcie, jeżeli chodzi o działanie przeciwgorączkowe lub pobudzające serce, to metoda ta z lepszym skutkiem i z większem bezpieczeństwem da się zastąpić przez inne bardziej odpowiednie środki; ztąd też w ostatnich czasach leczenie hydropatyczne, stosowane na sposób Liebermeister'a nawet w klinikach niemieckich stopniowo zarzucano, a kąpiele zimne ograniczono do metod bardziej łagodnych, t. j. do wycierań, zawijań i t. p. zabiegów, o których poniżej nieco obszerniej pomówimy.

Pomijam wiele jeszcze metod leczniczych i na zakończenie tego, może nieco zbyt szczegółowego, historycznego przeglądu wspomnę o najnowszej zdobyczy naukowej w dziedzinie leczenia chorób zakaźnych, o t. zw. s e r o t e r a p i i. Metoda ta, jak wiadomo, polega na wprowadzeniu do krwi surowicy otrzymanej od uprzednio uodpornionych zwierząt. Surowica ta ma się przyczyniać do szybszego powstania we krwi odpowiednich odtrutek, których pewna ilość powstaje już normalnie w przebiegu zapalenia płuc. Odrutki te, nagromadzone w dostatecznej ilości, powodują przełom, a więc i wyzdrowienie chorego. Nic więc dziwnego, że tę metodę, opartą na ścisłem naukowem badaniu istoty choroby, a w skutkach swych co do błonicy zdumiewającą, zaczęto również próbować w ostrem zapaleniu płuc.

Dodatnie wyniki, otrzymane przez stosowanie surowicy zwierzętom uprzednio zarażonym swoistym pasorzytem, zachęciły do sprawdzenia tej metody na ludziach, dotkniętych ostrem zapaleniem płuc. Poczynając od 1891 roku, t. j. od podstawowych prac Klempera (szkoła niemiecka Kocha), posiadamy bardzo liczne spostrzeżenia, dotyczące stosowania tej metody w Niemczech, Włoszech (Foa, Scaria, Renzi i inni), we Francyi, Anglii, i w Ameryce północnej. Dotychczasowe wyniki są bardzo sprzeczne. Wprawdzie

niektórzy lekarze spostrzegali od zastosowania surowicy jakoby łagodniejszy przebieg, jak się wyrażają: skrócenie choroby, inni znowu nie otrzymywali żadnych bardziej dodatnich, aniżeli od stosowania innych metod, wyników. Ogółem biorąc, wszystkie dotychczas dokonane doświadczenia nie stwierdziły stanowczo jakiegoś wybitniejszego wpływu surowicy na przebieg ostrego zapalenia płuc. Toż samo da się powiedzieć i o stosowanej w ostatnich czasach w zapaleniu płuc przez lekarzy francuzkich (Talamon) surowicy przeciwbłonicznej.

Z niniejszego historycznego wykazu metod leczenia zapalenia płuc widzimy, że dotychczas, mimo licznych mozolnych prac w tym kierunku, nie posiadamy odpowiedniego swoistego środka. Ta bowiem prawdziwie syzyfowa praca myśli ludzkiej, jak słusznie nazywa ją Biegański, „przedstawia ciekawy, a zarazem i smutny widok. W zawikłanych i ciemnych zjawiskach biologicznych myśl ludzka chwyta poomacku za przypadkowe spostrzeżenie empiryczne i z wielkim mozołem wtacza je na wyżyny uogólnienia. Lecz najlżejszy podmuch krytyki wystarcza, aby prysło złudzenie i aby uogólniona niby prawda stoczyła się w przepaść ciemnych i trudnych do pojęcia zjawisk życia.“ Nie mniej jednak umysł lekarski poszukiwać będzie w dalszym ciągu, a rozwiązując powoli ciemne zagadki biologii, prędzej czy później osiągnie pożądany rezultat.

Jeżeli więc nie posiadamy obecnie jeszcze ani swoistych środków, ani też metod leczniczych, któreby mogły bezwarunkowo skutecznie wpłynąć na skrócenie lub też złagodzenie nieraz ciężkiego przebiegu ostrego zapalenia płuc, to pozostaje dla lekarza praktyka bardzo ważne pytanie: Na czem ma być zgodnie, z wymaganiami dzisiejszego stanu nauki, oparte leczenie ostrego zapalenia płuc? Na pytanie to postaram się dać odpowiedź będącą wynikiem osobistego doświadczenia, otrzymanego w ciągu mojej przeszło 20-letniej praktyki szpitalnej i prywatnej, podczas której miałem możność spostrzegać dość znaczną ilość różnorodnych przypadków zapalenia płuc, jako też sprawdzić poglądy dziś panujące w nauce, tembardziej że szczególnie kwestya leczenia ostrego zapalenia płuc podczas ostatnich kilku lat stanowiła przedmiot bardzo licznych rozpraw w rozmaitych towarzystwach i kongresach lekarskich. Statystyczne dane, dotyczące zejścia ostrego zapalenia płuc, wykazują u nas, jak również wszędzie w Europie, że mniej więcej w 80% przypadków choroba ta kończy się pomyślnie, czy to przez stosowanie najróżnorodniejszych metod leczniczych, czy też leczenia wprost wyczekującego. Na podstawie krytycznej oceny rozmaitych zabiegów leczniczych przekonaliśmy się o małej ich skuteczności w ostrem zapaleniu płuc. Obecnie powszechnie uznano, że jedynie wyczekująco-objawowa metoda leczenia stanowi najracyonalniejszy sposób postępowania lekarskiego w ostrem zapaleniu płuc. Nie należy jednak sądzić, aby metoda ta nie obowiązywała lekarza do czynnego działania i usuwała go na drugi plan; przeciwnie, rola lekarza w tych razach

ma znaczenie doniosłe; polega ona na ścisłej obserwacyi całego przebiegu choroby, wszelkich możliwych zboczeń w czynności narządów, umiejętnem ocenianiu tych zboczeń, w celu należytego zastosowania odpowiedniego leczenia. Zadanie lekarza w zapaleniu płuc należycie określił już przed 50-iu laty wielki klinicysta krakowski Dietel temi słowy: „Prostota w leczeniu czyni właśnie lekarza prawdziwym dobroczyńcą chorego, a medycyna dopiero wówczas stanie się prawdziwem dobrodziejstwem dla cierpiącej ludzkości, jeśli działalność jej polegać będzie bardziej na udzielaniu rozumnych rad hygieniczno-dyetetycznych, aniżeli na przepisywaniu skombinowanych leków.“

W myśl owej bardzo rozumnej zasady podstawową czynnością lekarza winno być postawienie chorego dotkniętego ostrem zapaleniem płuc odrazu w odpowiednie warunki hygieniczno-dyetetyczne. Należy więc umieścić chorego, o ile można w obszernym, słonecznym, dobrze przewietrzanym pokoju, z którego uprzednio zostały usunięte wszelkie niepotrzebne sprzęty (mocno zakurzone firanki, portyery i t. p.). Pokój powinien być należycie oczyszczony, i jeżeli to możliwe nawet zdezynfekowany, gdyż, jak wiadomo, wszelkie wtórne zakażenia w przebiegu zapalenia płuc stanowią wielkie niebezpieczeństwo dla chorego. Należyte przewietrzanie pokoju najlepiej wykonywać za pomocą otwierania okien, całego—w porze ciepłej, lub też częściowego, górnych szyb (t. zw. oberlichtów). Staranne przewietrzanie pokoju powinno stanowić najważniejsze wymaganie lekarza, który siłą odpowiedniej argumentacyi powinien przekonać otoczenie, zwalczyć jego upór. Zachowywanie tego środka korzystnie oddziaływa na stan podmiotowy chorego; wskutek częstego przewietrzania pokoju, lub jeszcze lepiej—wskutek stałego napływu świeżego powietrza, chory odczuwa mniejszą duszność, mniejszy ból głowy, słowem samopoczucie chorego staje się lepsze. Przeciwnie, ból głowy i duszność trwają dłużej i dają się choremu we znaki w razie nieprzewietrzania pokoju, i, co często miewa miejsce, zanieczyszczania, niewiadomo dla jakich powodów, powietrza za pomocą rozmaitych środków aromatycznych (ozonol, ocet aromatyczny, woda leśna i t. p.). Jeszcze raz powtarzam, że zadanie lekarza pod tym względem jest bardzo ważne. Mogę na zasadzie własnego doświadczenia upewnić, że za pomocą odpowiedniej i trafnej argumentacyi, wreszcie za pomocą własnoręcznego nieraz otworzenia okna, zawsze udawało mi się skłonić opornych i przesądnych do starannego przewietrzania pokoju podczas całego przebiegu choroby. Należy również zwrócić uwagę na to, aby w pokoju chorego nie przebywało więcej nad jedną, dozorującą chorego, osobę. Szczególniej należy zabronić tak pospolicie przyjętego u nas odwiedzania chorego przez krewnych i znajomych; pomijając to, że przebywanie w pokoju większej ilości ludzi źle wpływa na czystość powietrza, już sama obecność a często i rozmowy z chorym drażnią go, pobudzają nadmiernie, a wskutek tego ujemnie oddziaływają na jego

stan ogólny. Zbytecznem również jest zapalanie w pokoju chorego gazu, nafty i wogóle tego, co zanieczyszcza powietrze. Jeżeli dla jakichkolwiek powodów niema możności urządzić w ten sposób pokoju dla chorego, co naturalnie u ludzi niezamożnych nie da się nigdy urzeczywistnić, to w takim razie lekarz bezwarunkowo winien namawiać otoczenie do umieszczenia chorego w szpitalu. Obecne bowiem warunki pobytu w naszych szpitach, szczególnie w większości warszawskich, są o wiele dogodniejsze i bardziej odpowiadające wymaganiom hygienicznym, aniżeli warunki ciasnych i dusznych izb naszej biednej ludności. Dla ciężko chorego przytułek w szpitalu, przynajmniej w Warszawie, zawsze jest zapewniony. Nieraz jednak, nawet w domach względnie zamożnych, dla rozmaitych powodów nie daje się uskutecznić wykonanie wszystkich tych niezbędnych dla chorego warunków; wtedy lekarz winien również wpłynąć na otoczenie, aby umieściło chorego w osobnym pokoju w szpitalu lub w domu zdrowia. Nie wytrzymują, zdaniem mojem, krytyki przekonania przeciwne żądaniu lekarza, opierające się niby na tem, że nie warto czynić zachodu na tak krótki czas przebiegu choroby, lub też obawy narażenia chorego na niebezpieczeństwo, mogące wyniknąć na skutek przewożenia chorego podczas ostrej choroby. Bezzasadność pierwszego argumentu polega na tem, że nigdy nie jesteśmy pewni, czy zapalenie płuc będzie miało przebieg krótkotrwały, czy też nienormalny, przeciągający się wskutek różnorodnych nieprzewidzianych powikłań. Przeciw zaś obawie przewożenia chorego najlepiej poucza nas wiekowe doświadczenie, że chorzy z biedniejszej klasy ludności przybywają do szpitala bez zadnego narażania się najczęściej podczas najbardziej rozwiniętego okresu choroby.

(d. n.)

Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego

Podał Dr. med. **Teodor Dunin** (Warszawa).

Przez 2 ostatnie sezony letnie, które spędziłem na wsi, miałem możność zetknięcia się z praktyką wiejską. Lud garnął się do mnie ochoczo o pomoc, tak, że przyjmowałem dziennie od 10 do 15 chorych. Wprawdzie nietylko udzielałem pomocy lekarskiej darmo, ale jeszcze dawałem bezpłatnie lekarstwa, i to właśnie nasunęło mi parę uwag w kwestyi praktykowania pomiędzy ludem.

Nie da się zaprzeczyć, że stoimy dziś w obec faktu wielkiej społecznej doniosłości dla naszego kraju; mam tu na myśli parcelacyę większych majątków ziemskich. Można o tym fakcie mieć zdanie jakie się komu podoba, ale rachować się z nim trzeba, bo postępuje on z niesłychaną szybkością, prawie gwałtownie, a przez to zmienia radykalnie wiele warunków naszego życia. Lekarze prowincyonalni, mianowicie praktykujący w małych miastach i osadach, będą jedni z pierwszych, którzy zmianę tę odczują. Lat temu 20—30 cała praktyka lekarza prowincyonalnego opierała się na dworach, które wprawdzie dużo czasu zabierały lekarzowi, ale wynagradzały nieźle, tak że dawały mu podstawę bytu. Życie lekarza prowincyonalnego było wtedy dość wygodne i przyjemne, nadewszystko zaś stanowisko moralne bywało nieraz lepsze, niż w dużych miastach. Już jednak od pewnego czasu lekarze prowincyonalni mówią o zmianie jaka zaszła w ich położeniu: dwory szlacheckie biednieją, wynagradzają lekarza bardzo mało, tak iż zapewnić lekarzowi bytu nie mogą, a czasu wciąż zabierają dużo. W takim stanie praktyka wśród obywateli staje się niekiedy nawet ciężarem dla lekarza, który, aby zarobić na życie, musi się oglądać na inną warstwę, a mianowicie na włościan. Z postępem parcelacyi, ten proces będzie szedł dalej; dwory szlacheckie zupełnie znikną, tak jak to już w wielu miejscach się stało, i lekarz swą praktykę wyłącznie na ludzie będzie musiał opierać. Nie przeczę, że pod wieloma względami położenie lekarza wiejskiego zmienić się musi na niekorzyść; nie mówię już o względach towarzyskich, ale nadto lekarz będzie zmuszony zniżyć, że tak powiem, poziom swej wiedzy lekarskiej, mianowicie w dziedzinie lecznictwa, będzie musiał się wyrzec całego szeregu metod leczniczych, jako to klimatoterapii, dyetetyki, ograniczyć swój arsenał środków do najkonieczniejszych i najtańszych. *Dura lex, sed lex;* i nie oponować więc, ale z położeniem się zgodzić należy i do niego przystosować tak, aby obie strony korzyść wyciągnąć mogły. W interesie zarówno samych lekarzy, jak społeczeństwa, leży, aby lekarz i wśród nowej klienteli zachował to samo wpływowe stanowisko, aby zyskał zaufanie tak, jak je miał wśród bogatszej i inteligentnej publiczności. Powinni więc lekarze wiejscy czynić wszystko, aby przyciągnąć do siebie włościan, zyskać ich zaufanie, oraz wyrwać ich z rąk znachorów i felczerów. Jak już mówiłem, mają w tem lekarze interes przedewszystkiem osobisty, ale z tym łączy się i doniosły interes społeczny. Lekarzowi wiejskiemu dostaje się w udziale ważna misya cywilizacyjna, a mianowicie — dbanie o poprawę fizyczną rasy ludu przez przyuczanie włościan do porządku, czystości, właściwego odżywiania, odzwyczajanie od trunków. Lekarz jest niemal jedynym inteligentnym człowiekiem, z jakim lud się styka, mianowicie też w tych okolicach, w których wskutek parcelacyi dwory szlacheckie zupełnie zanikają. Wszystko zależy tu od indywidualnej dzielności jednostek. Pomoc lekarska państwowa nie może w całości podołać zadaniu; jako przytem organizacya formalna nie będzie nigdy budzić

tego zaufania, jakie lekarz prywatny może sobie zjednać. Z drugiej strony, nie byłoby nawet do życzenia, aby na całą ludność wiejską pomoc państwowa była rozciągniętą; w ten sposób odzwyczaiłoby się włościan o pamiętaniu o własnych potrzebach; zniosłoby się wszelką indywidualną dzielność. Obowiązkiem i zadaniem państwa jest zapewniać pomoc lekarską ludziom żyjącym jedynie z prac rąk własnych, ale „*possidentes*“ już wychodzą z pod tej kategoryi i sami o sobie myśleć powinni.

W Niemczech, gdzie państwo zorganizowało na tak szeroką stopę opiekę nad zdrowiem ludu, prawo o kasach chorych, o ubezpieczeniach na wypadek niezdolności do pracy lub starości zastosowano jedynie do pracujących niesamodzielnie, czyli do pozostających w charakterze pracowników u pracodawców. Pracującym samodzielnie pieczę nad ich zdrowiem pozostawiono ich własnym staraniom.

Jak więc już powiedziałem, leży w interesie zarówno lekarzy jak i włościan, aby stosunki między nimi dobrze się ułożyły. Inicyatywę, oczywiście, muszą dać lekarze, przez to mianowicie, aby się przystosowali do potrzeb nowej praktyki, zrozumieli dobrze nowe położenie i pozbyli się dotychczasowego, często rutynicznego, postępowania.

Nie czuję się w możności wytykać całego programu postępowania, jakiby przyjąć powinni lekarze wiejscy, chcę zwrócić wszakże uwagę na jeden szczegół, który, jak sądzę, należy jednak do ważniejszych.

Lud wiejski nie jest niechętnym pomocy lekarskiej, przeciwnie - garnie się do niej bardzo ochoczo, a nawet, mógłbym powiedzieć, wpada nieraz w tę samą przesadę, co i klasy inteligentne, t. j. leczy się za wiele. Jeżeli przytem nieraz chętniej się udaje do znachorów i felczerów, niż do lekarzy, to zależy to niewątpliwie od wielu przyczyn (większa poufałość z powodu mniejwięcej jednakiego poziomu towarzyskiego i umysłowego), ale jedną z ważniejszych jest fakt, że, szukając pomocy u lekarzy, musi zaraz udawać się po lekarstwo do apteki i tam często bardzo za nie drogo płacić. Przekonałem się o tem osobiście, że – niestety — lekarze nietylko zawsze przepisują lekarstwa z apteki, ale, co gorzej, przepisują drogie środki, których w biednej praktyce wcale używać się nie powinno, np. kokainę, thiocol i t. p. Nic dziwnego, że chory włościanin raz zapłaciwszy 60—70 kop. za lekarstwo, do lekarza więcej się nie zgłosi. Wiemy przecież dobrze, że nawet inteligetni ludzie w budżecie swym na chorobę nic nie przeznaczają, a czyż mamy się dziwić, że biedny włościanin nie chce i nie może wydawać pieniędzy na kupno drogich lekarstw. Przekonałem się też, że lud chętnie będzie szukał pomocy u lekarzy *jeżeli dostawać będzie zarazem z pomocą lekarską i lekarstwo. I sądzę, że lekarze wiejscy nie rozwiążą nigdy pomyślnie kwestyi praktykowania wśród ludu, jeżeli nie wejdą na tę drogę i nie będą wydawać sami lekarstw.* Osobiste doświadczenie przekonało mię, że jest to zupełnie możliwem; przekonałem się, że nie zabiera to wcale

dużo czasu, albowiem w chwili, kiedy udzielałem porady i objaśniałem chorego, co i jak ma robić, byłem w stanie przygotować mu odpowiednie lekarstwo. Jak zaś poniżej wykażę, ze stanowiska ekonomicznego jest to też zupełnie możliwem, oczywiście pod pewnymi warunkami. Lekarz wiejski za poradę od włościan bierze zazwyczaj 30 kop; jeżeli by do tego dodał jeszcze 10 kop., to—mojem zdaniem- mógłby choremu udzielić wszystkich *istotnie potrzebnych* lekarstw bez narażania się na stratę; włościanin zaś, otrzymawszy za 40 kop. poradę i lekarstwo, byłby bardzo zadowolony. Dziś bowiem najtańsze lekarstwo kosztuje 40 kop. Taki sposób postępowania byłby najdzielniejszym sposobem przyciągnięcia sobie ludu, a w walce ze znachorami, felczerami, a nawet aptekarzami (bo i ci robią konkurencyę lekarzowi) byłby skuteczniejszą bronią, aniżeli lamenty, artykuły po pismach i skargi do władz podawane.

Oczywiście, możliwe to jest tylko pod pewnymi warunkami, a mianowicie:

1-o) Lekarze powinni dobrze się przejąć tem, że prawdziwie działających i niezbędnych lekarstw jest niewiele i że bardzo małą ilością środków wybornie obchodzić się można. Wezmę dla przykładu środki kojące ból: antipyryna, antifebrina, fenacetyna, salipirina, piramidon, analgezina. Jeden z nich zupełnie wystarcza, pozostałe zupełnie są zbyteczne. Dalej preparaty salicylowe: acidum salicylicum, natrium salicylicum, salol, aspirina; i tu także jeden w zupełności wystarcza. Toż samo mogę powiedzieć o narkotykach, rozmaitych preparatach żelaza i t. p. *Nie wybór środka jest rzeczą ważną, ale należyte wskazania do użycia pewnej grupy farmakologicznej.* Wybór środka z danej grupy jest rzeczą podrzędną. W praktyce prywatnej możemy wybierać środek, jaki nam się podoba, ale w praktyce biednej powinni się lekarze trzymać jednego z nich, a mianowicie najtańszego.

Mogę w tej kwestyi zabierać przecież głos; otóż powiem, a każdy kto zna mój sposób przepisywania lekarstw to potwierdzi, że, pomimo, iż praktykuję pomiędzy bogatą publicznością, mam bardzo ograniczony zapas środków, których używam, i to mi wystarcza.

2-o) Należy zapisywać tylko środki tanie i proste, niezłożone. Często jeszcze spotykamy recepty złożone z wielu środków. Jest to błąd wogóle, a w praktyce biednej tem bardziej, bo się tyczy ceny; zdaje się, jest to rzeczą tak elementarną, że biednemu tylko tanie środki zapisywać należy, iż zbytecznem byłoby o tem mówić. Niestety, z tym błędem często się spotykam; wyżej już mówiłem, że widziałem u włościan recepty, złożone z kokainy, thiocolu i t. p. drogich środków, które wybornie innymi, tańszymi zastąpić się dają. Jako dowód, że na tym punkcie dużo błędów się popełnia, może służyć ta okoliczność, iż Towarzystwo Lekarskie w Warszawie także na niego zwróciło uwagę, ogłosiwszy konkurs na rozprawę p. t. *Pharmacopea pacuperum,* a kol. *Seweryn Sterling* w Łodzi, który okazuje tyle inicyatywy i energii w

rzeczach medycyny społecznej, wydał broszurkę p. t.: Sposoby przepisywania lekarstw *in praxi pauperum*. Nie wiem, jak rzecz tę rozwiąże autor konkursowej rozprawy, co się wszakże tyczy broszury kol. *Sterlinga*, to powiem, że, o ile daje ona cenne wskazówki co do dyetetyki, kąpieli etc., o tyle niezadawalnia mnie w części farmaceutycznej, a to z 2-ch powodów: raz dla tego, że autor uwzględnił zbyt dużą ilość lekarstw, maści etc., a powtóre dla tego, iż za podstawę swej pracy przyjął wydawanie lekarstw w aptekach. (Poniżej podam jakimi środkami można się obejść w praktyce wiejskiej).

3-o) Forma lekarstwa musi być jaknajprostsza t. j. taka, jaką lekarz sam przygotować jest w stanie. Lekarstwa do użytku wewnetrznego winny być zapisywane jedynie w postaci roztworów, które lekarz sam przygotowywa, oraz proszków, któreby naprzód miał odważone i soli, które daje choremu do rozpuszczania w domu. Co do roztworów, to robiłem w ten sposób, że, opowiadając choremu, jak ma postępować, brałem odpowiednią ilość wody (*np*. szklankę) i w niej rozpuszczałem żądany środek, który, jeżeli nie był silnie działający (*np*. brom), odmierzałem łyżeczką lub łyżką, albo, jeżeli był silniejszy, miałem naprzód w postaci proszku odważony; to mięszałem i przy pomocy lejka do butelki zlewałem. Lekarz, który by to stale robił, mógłby mieć miary ściślejsze, więc *np*. zamiast szklanki ściśle odmierzoną miarkę 200 ctm.; zamiast łyżki miarkę 15,0 i t. p. Proszki winny być naprzód przygotowane w dozach najczęściej używanych; tą funkcyą powinna by się zająć żona lub córka lekarza. Te panie tak często narzekają, że im się nudzi na prowincyi, mogłyby więc przychodzić swym mężom i ojcom z pomocą. O ile można i proszki, szczególniej b. małe dozy, najlepiej dawać w rostworach, *np*. morfinę, zamiast dzielić na dozy po 0,006, lepiej jest mieć w proszkach po 0,06 i taki proszek rozpuścić w 10 łyżkach wody (150,0). Kto chce mieć dozę słabszą, może dodać więcej wody. Wody należałoby używać zawsze gotowanej.

4-o) Flaszki powinni przynosić sami chorzy; przekonałem się, że bardzo łatwo ich do tego przyzwyczaić. Wprawdzie 9 razy na 10 przynoszono flaszki z monopolówki, ale gdyby się udało ich odzwyczaić od szukania butelki w tem źródle, to ją łatwo znajdą gdzieindziej. Tak wydane lekarstwo wprawdzie nie wygląda tak pięknie, jakby to zrobiono w aptece na Nowym-Swiecie lub Marszałkowskiej, ale skutkuje tak samo.

Mógłby też lekarz mieć gotowe etykietki już z napisem przygotowanym, objaśniające o sposobie użycia lekarstwa, któreby przyklejał na butelce lub papierze, służącym do zawijania proszków. Przygotowaniem ich mogłaby się również zająć żona lekarza.

Inne formy lekarstw, jak np. pigułki i plastry, nie powinny być w biednej praktyce nigdy zapisywane; również należy zaniechać wcierania maści i smarowań przy chorobach wewnętrznych, bo to w ogóle nie ma sensu. Wyjątek stanowi jedynie szarucha,

którą się kupuje już gotową. Co do maści używanych przy chorobach skórnych, to z temi oczywiście lekarz sam nie dałby sobie rady i musiałby odsyłać chorego do apteki. Byłyby to jednak, na ogół biorąc, bardzo rzadkie wypadki, przytem niektóre maści proste, jak *np.* przeciwko świerzbie, lekarz, przy pomocy swej żony, mógłby też łatwo przygotować.

Obecnie postaram się dać spis lekarstw potrzebnych w praktyce wiejskiej. Do każdego środka dodaję cenę w handlu hurtowym; oznaczam ją według cennika „Warszawskiego Towarzystwa Akcyjnego Handlu Towarami Aptecznymi“ z 1900 r. Obok umieszczam, wiele będzie kosztować lekarstwo, biorąc za podstawę ilości zwykle wydawane naraz, a więc 200,0 roztworów, 10 — 12 proszków. Cenę lekarstw oznaczałem na podstawie cen hurtowych; dodając 10% na stratę, jaka może wyniknąć przy przygotowaniu, na koszta opakowania i przesyłki.

NAZWA ŚRODKA	Cena hurtowa za	KOSZT LEKARSTW i sposób użycia
Ferrum carbon. sacharat.	100,0=16 k.	30 proszków po 0,7=3 kop., Dwa razy dziennie proszek.
Tra ferri pomata . . .	100,0=16 k.	50,0=9 k.. 3 razy dziennie po 20 kropel wystarczy na 15—16 dni.
Liqu. ferri sesquichlorati .	100,0=10 k.	4,0 : 180,=1 kop.
Liqu. arsen. Fowleri. . .	100,0=12 k.	5,0 : 360,0=1 kop. wystarczy na 12 dni.
Chininum muriaticum . . .	100,0=3,50 rb.	12 pr. po 0,25=12,0. Jestto jedyny środek, na którym lekarz traci.
Kalium jodatum	100=1,30 rb.	4 : 180=6 kop.
Kreosotum e fago . . .	100=40 k.	15,0=7 kop.. 2 razy dziennie po 3—4 krople w mleku; wystarczy na 20 dni.
Vaselinum germ. album .	500=62 k.	25 gr.=4 kop.
Antifebrina	1000,0=1,80 rb.	12 gr. po 0,5=2 kop.
Natrium Salicylicum . .	1000,0=3,60 rb.	20 pr. po 1,0=8 kop.
Tra Jodi	100,0=55 k.	15.0=9 k.
Tra gallarum	100,0=30	10,0=3 k.

NAZWA ŚRODKA	Cena hurtowa za :	KOSZT LEKARSTW i sposób użycia
Flores sulphuris	1000,0=14 k.	6,0 na 25,0 waseliny; cena prawie się nieda obrachować.
Ac. carbolicum	1000,0=1,15 rb.	25,0 : 1000,0=4 kop. Ponieważ kw karbolowy trudno jest ważyć, więc należy rozpuszczać w 500,0 wody tyle, ile się rozpuści, to będzie 5%, potem dolać drugie tyle wody.
Tra hydrast. Canadens. .	100=35 k.	20,0=8 k.
Ac. muriaticum	1000,0=34 k.	20,0=1 k.
Magisterium bismuti. . .	100,0=70 k.	12 proszków po 1,0=9 k.
Pulv. rad. rhei.	100=90 k.	6 pr. po 1,0=6 k.
Tartarus stibiatus . . .	1000=1,65 rb.	3 pr. po 0,025=2 k.
Oleum ricini	1000=80 k.	30,0=3 k.
Pulv. liquir.-compos. . .	1000=1,50 rb.	50,0=8 k.
Aquilla alba	100,0=44 k.	10 pr. po 0,2 (metoda Jendrasika) =1 k. W małych dawkach, oczywiście, jeszcze mniej.
Folia Sennae	1000,=2,20 rb.	10,0 : 100,0 (nastój w domu)=3 k.
Acidum benzoicum . . .	100=55 k	10 pr. po 0,25=2 k.
Liqu. Plumbi acetici. . .	1000=50 k.	100,0–5 k. Łyżkę na 1/2 szkl. wody.
Pulvis opii	10,0=70 k.	10 pr. po 0,015=2 k.
Tra opii simpl	100,0=55 k.	10,0=6 k.
Ol. thereb rectific. . . .	1000,0=1,25 rb.	20,0=3 k.
Sec. coruntum	1000,0=2,10 rb.	10 pr. po 0,5=2 kop.
Morphium muriatic. . . .	10,0=1,25 rb.	0,06 : 150,0=2 k.
Natrium bromatum . . .	100,0=32 k.	15,0 : 150,0=6 k.
Camphora pulverata . .	1000,0=3,40 rb.	10 pr. po 0,03=2 k.
Folia digitalis	1000,0=70 k.	1,0 : 150,0 (nastój w domu),=1 k. Można dać i kilka paczek.

NAZWA ŚRODKA	Cena hurtowa za :	KOSZT LEKARSTW
Tra strophanti	100,0=50 k.	15,0=8 k.
Coffeinum natriobenz. .	100,0=1,40 rb.	12 pr. po 0,25=5 k.
Cortex Rad. granati . . .	100,0=1,35 rb.	30.0 : 250 (nastój w domu)=5 k
Sublimat	100,0=35 k.	1,0 : 1000,0=1 k.
Acidum tannicum . . .	1000,0=3 rb	12 pr. po 0,25=2 k.
Unguentum cinereum . .	100,=30, k.	10 wcierań po 2,0=7 k.
Sól karlsb. sztuczna . .	1000,0=20 k.	100,0=2 k. Z tego 10,0—15,0 w domu rozpuszczać.
Acidum boricum pulver. .	1000=54 k.	50,0=3 k.

Środki silniej działające lekarz powinien mieć pod kluczem. Z wymienionych wyżej należą do nich tylko: opium, morfina i sublimat. Pozostałe mogą stać na wierzchu.

Z powyższego widać, jak nizką jest cena lekarstw; każde z nich (z wyjątkiem chininy) można dać za 10 k., a przytem ilości środka będą większe, niż to się zwykle zapisuje w praktyce. Bardzo nizkie ceny pozwalają też, bez straty, kombinować środki. Tak *np.* 10 proszków taniny 2 k.+10 proszków opium 2 k.=razem 4 kop.

10 proszków kofeiny 5 k.+10 proszków kamfory 2 k.=7 k.

15,0 bromu 6 k.+100,0 soli karlsbadzkiej 2 k.=8 k.

10 proszków bizmutu 9 k.+10 proszków opium 2 k.=11 k.

10,0 kreozotu 5 k., solve in 50,0 spirytusu 5 k.+0,25 morfiny 3 k.=13 k. (z tego 2 razy dziennie po 20 kropel).

Nawet więc złożone recepty przewyższają zaledwie o 1 — 3 kopiejek normę, a strata ztąd powstała wynagrodzi się na środkach prostych.

Te 40 środków stanowią zapas, który lekarza w zupełności zadowolnić może; pomiędzy nimi są takie, które bardzo rzadko się używają, *np.* Cortex Rad granati. Nawet wśród praktyki bogatej mało więcej niż to, co tu wymieniłem, potrzeba.

Oczywiście, nie pomieściłem w powyższym spisie tych środków, których lekarz choremu do ręki nie daje, a które i bezeń mieć musi, *np.* chloroform, środki opatrunkowe.

Lekarz wzywany do chorego powinien, aby nie narażać chorego na stratę furmanki i czasu, mieć z sobą zawsze pewien zapas tych środków, które u ciężko chorego mogą być potrzebne; zali-

czyłbym do nich: chininę, kalium jodatum, kreozot, antifebrinę, natrium salicylicum, kalomel, opium, morfinę, kamforę, digitalis, kofeinę, sublimat.

Projekt mój zapewne trafi na opozycyę z niejednej strony; powtarzam jednak jeszcze raz: dopóki kwestya taniości lekarstw nie zostanie rozwiązana, lekarze wiejscy nie mogą liczyć na to, aby zdobyli sobie wśród ludu powszechne zaufanie. Albo więc pozostawić rzeczy po dawnemu, narzekać i patrzeć, jak ciemny lud będzie wyzyskiwany przez znachorów i felczerów, albo też trzeba się wziąść do reformy.

Jak to już mówiłem na wstępie, nie miałem zamiaru kreślić całego programu, według jakiego postępować winni lekarze wiejscy; zwróciłem uwagę na jeden z najważniejszych szczegółów. Sądzę, że wiele reform jeszcze zaprowadzić by się dało. Będąc przed kilku laty na kuracyi w Abano pod Padwą, w północnych Włoszech, zapoznałem się z kolegą, który mi opowiadał, że praktykę swą wśród ludu odbywa wyłącznie na rowerze. Oczywiście, przy naszych drogach ten sposób lokomocyi nie da się zastosować; czy jednak nie byłoby praktycznem, aby lekarz wiejski miał swego konika i bryczuszkę i w ten sposób objeżdżał po wsiach swych pacyentów?

Byłbym bardzo rad, aby poruszoną przezemnie kwestyą zajęły się prowincyonalne Towarzystwa Lekarskie, jako bliżej lekarzy praktykujących wśród ludu stojące. Byłbym jednak prawdziwie szczęśliwy wtedy, gdyby który z kolegów w osadzie lub małym miasteczku mieszkający, w praktyce mą propozycyę zastosował i z wyników tego zdał sprawę ogółowi. Głos bezpośrednio interesowanego kolegi więcej by niewątpliwie zdziałał, aniżeli moje wystąpienie.

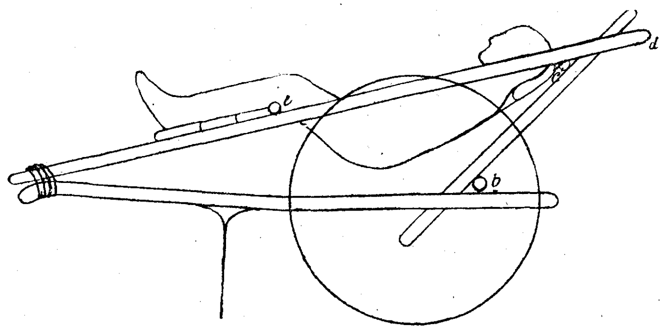
Improwizowanie przyrządów do przewożenia chorych na wsi.

Podał Dr. **A. Borowski.**

(Dokończenie).

VI. Wózek dwukołowy ręczny, jako hamak do przewożenia chorego.

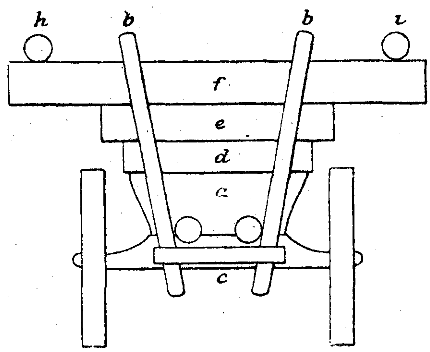
Ukośne drążki **a** umocowuje się pomiędzy osią wózka a równoległym jej drążkiem **b**. Na drążkach **a** u góry przybija się drążek **c**, przez który przechodzą drążki pochyłe **d**, przymocowane dolnemi końcami do rączek wózka. U drążków **d** przybija się drą-



Rys. 9.

żek e, na którym zawiesza się dolny koniec worka, górny zaś koniec ostatniego wisi na drążku c. Przy wózku dwukołowym ręcznym łatwiej osiągamy równowagę, aby tylko środek ciężkości chorego padał pomiędzy osią i pchającym wózek, nie zaś poza osią wózka.

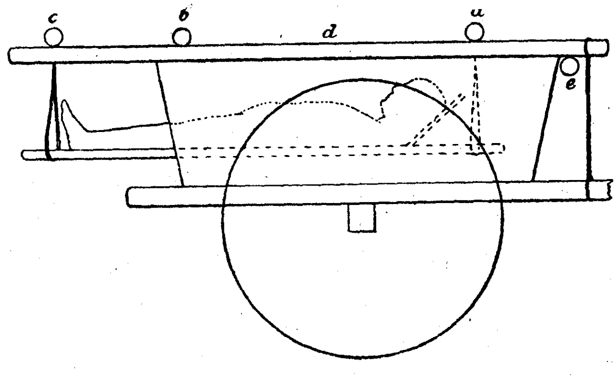
IX. *Wòzek od pługa.*



Rys. 10.

Obadwa koła wózka muszą być jednakowej wielkości. Jeżeli zaś są nierówne, należy się postarać o dobranie drugiego koła jednakowego dó jednego z tych, które są przy wózku. Ponieważ podstawa wózka jest wązka i nizka, trzeba ją koniecznie podwyższyć i rozszerzyć. W tym celu z przodu i z tyłu podstawy na zewnątrz od sznic przybija się po dwa drążki pionowe **bb**, rozchodzące się u góry. Dolne końce tych drążków spaja się za pomocą przecznic **c**, które się przybija do osi wózka pod sznicami. Najpierw należy dobrze umocować drążki **b** i zesznurować je u dołu wszystkie razem, a następnie ułożyć od podstawy wózka w górę przecznice **d**. **e**. **f**, któremi spajają się mocno drążki **b** w wyższych częściach. Na końcach najwyższych oraz najdłuższych z tych przecznic układa się drążki podłużne **h i**, i utrzymuje się je w pozycyi równoległej drążkami poprzecznemi. W ten sposób wózek od pługa zmieniony jest na wózek, podobny do dwukołowego ręcznego bez podpórek u dyszli, który się też do przewożenia chorych podobnie jak tamten urządza.

X. Wózek dwukołowy konny (biedka), urządzony do przewożenia chorych.

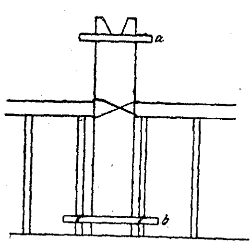


Rys. 11.

Wyjąwszy tylną ścianę pudła wózka, kładziemy na brzegi pudła ramę, złożoną z dwóch drążków podłużnych **d** i trzech poprzecznych **a**, **b**, **c**, w ten sposób że drążki **a** i **b** opierają się o górne brzegi bocznych ścian pudła, a drążki **d** obejmują pudło z zewnątrz. Przednie końce drążków **d** należy dobrze umocować u dyszelków wózka; można również połączyć je drążkiem poprzecznym **e**. Na drążku **a** zawiesza się koniec noszy, na którym spoczywa głowa chorego, na drążku **c**—nożny koniec noszy. Tak obciążony wózek ma ciążenie ku tyłowi, dla utrzymania równowagi zatem należy przybić na przednich końcach drążków **d** deskę, jako siedzenie dla jednego lub dwóch ludzi, którzy nogi mogą oprzeć na dyszlach wózka.

XI. Wóz drabiniasty.

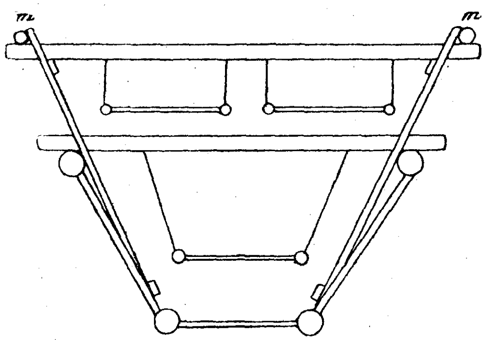
Wozy drabiniaste nie mają zazwyczaj dostatecznej szerokości, aby można było powiesić między drabinami dwoje noszy obok siebie na drążkach poprzecznych, umocowanych u górnych drągów drabin. W celu rozszerzenia wozu należy podwyższyć jego boczne ściany, przymocowując do każdej drabiny z wewnątrz po dwie szerokie i mocne deski w kierunku pionowym (rys. 12-ty). Każda z tych desek musi mieć u góry trójkątne wycięcie, w którem by można umieścić drążek poprzeczny. Ponad kątem tego wycięcia przybija się do deski poprzeczną łatę **a** na której powinien się opierać drążek poprzeczny, co zapobiega pęknięciu deski. Wystające końce łaty **a** służą do umocowania drążka w wycięciu deski za pomocą sznura. Drugą łatę **b** przybija się blisko dolnego końca deski; za pomocą tej łaty umocowuje się deskę u dołu



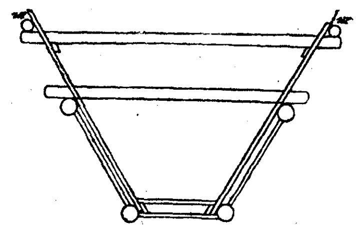
Rys. 12.

do sąsiednich szczebli drabiny. Oprócz tego przymocowuje się deskę każdą do górnego drąga drabiny w miejscu oparcia o ostatni. Deski muszą być ustawione parami jedna naprzeciw drugiej, przyczem obiedwie pary desek stoją w takiej odległości od siebie, żeby na umocowanych w górnych wycięciach desek poprzecznych drążkach można było zawiesić chwyty górnych noszy. (rys. 13-ty).

Rys. 13.



W wozie mającym boczne ściany z desek, deski podwyższające należy połączyć u dołu poprzecznemi deskami, i przybić mocno gwoździami do ścian wozu (rys. 14-ty).

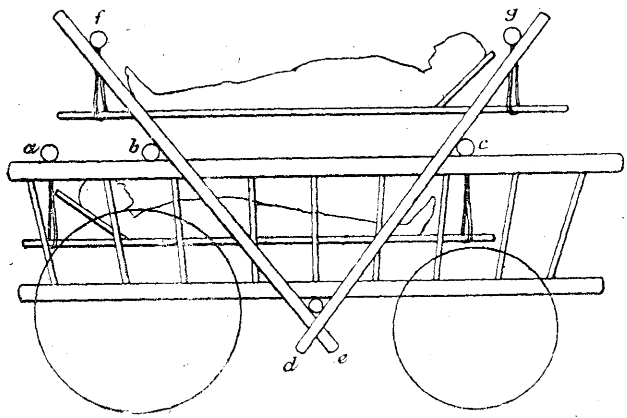


Rys. 14.

Dolne nosze zawierają się na drążkach poprzecznych, umieszczonych bezpośrednio na górnych drągach drabin. Drążki te służą jednocześnie jako czasowe podpórki dla górnych noszy przed zawieszeniem ich na pętlicach, oraz jako zabezpieczenie dla niżej leżącego chorego w razie oberwania się górnych noszy.

Naładowywanie wozu rozpoczyna się od postawienia na podłodze wozu dolnych noszy. Następnie zakłada się na wóz górne nosze z boków wozu i ustawia się je na dolnych poprzecznych drążkach, poczem dopiero następuje założenie i umocowanie górnych poprzecznych drążków w wycięciach desek podwyższających. Zawiesza się na pętlicach najpierw górne nosze, później dolne Te ostatnie należy umocować z boków do szczebli drabin ze względu na długość pętlic, na których są zawieszone. Górne nosze nie wymagają umocowywania z boków, ponieważ wiszą na krótszych pętlicach.

Nakoniec po prawej i lewej stronie wozu do swobodnych końców drążków poprzecznych górnych umocowuje się drążki podłużne które służą do umocowania płóciennego dachu nad chorymi.



Rys. 15.

Inny sposób urządzenia wozu drabiniastego podaje Dr. Ellbogen (rys. 15. Nad górnemi drągami drabin przywiązuje się drążki poprzeczne **a**, **b**, **c**. U **a** i **c** wiszą pętlice do zawieszenia dolnych noszy wewnątrz wozu. Drążki pochyłe **d** i **e** związuje się u dołu między sobą oraz z drążkiem poprzecznym, umocowanym u spodu wozu; wyżej opierają się drążki **d** i **e** na drążkach **b** i **c**. Górne końce drążków **d** i **e** łączą się z podobnemi z drugiej strony wozu za pomocą drążków poprzecznych **f** i **g**, na których się zawiesza górne nosze.

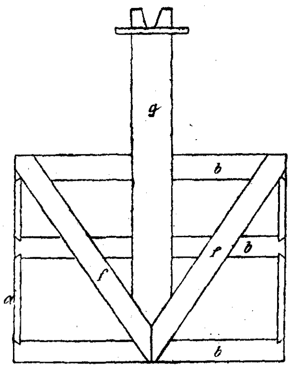
XII. Wóz płaski pomostowy—platforma.

Na szerokich platformach można bardzo dogodnie zrobić wiszące urządzenie z noszy, zawieszonych w dwa rzędy. Na krótszych platformach można umieścić czworo noszy, na dłuższych — ośmioro.

Przytem wymagalna jest szerokość pomostu nie mniejsza jak $1\frac{1}{2}$ metra, aby dwoje noszy mogło się swobodnie pomieścić obok siebie. To przysposobienie, dzięki swej obszerności, może być stosowane przy katastrofach masowych.

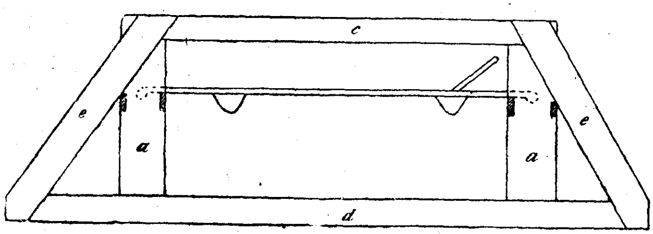
Przy platformach, mających formę skrzyni, urządzenie jest bardzo proste. Na bocznych ścianach skrzyni opiera się mocne poprzeczne drążki, na których się zawiesza niższy rząd noszy. Do zawieszenia zaś górnego rzędu noszy służą deski prostopadłe, przybite do wewnętrznej powierzchni bocznych ścian skrzyni.

Cokolwiek trudniejszem jest urządzenie odpowiednie zwyczajnej platformy. Tu już wymagalne jest urządzenie mocno stojącego rusztowania z desek, które nie umocowuje się do wozu, lecz może być wkładane i zdejmowane w całości. Dla budowy takiego rusztowania potrzebne są przedewszystkiem dwa postumenty, każdy dla różnoimiennych końców noszy. Każdy postument skła-



Rys. 17.

da się z dwóch desek prostopadłych **aa** (rys. 17-ty), długich na 120 cm. i najmniej 25 cm. szerokich, dalej z sześciu wązkich desek poprzecznych **b**, które łączą deski pionowe **a** w kierunku poprzecznym. Deski b. długością odpowiadają szerokości pomostu wozu. Deski **b** spaja się z deskami **a**, wpuszczając pierwsze w wycięcia brzegów ostatnich z każdej strony w ten sposób, że dolne są u samego spodu desek **a**, górne u samej góry, a środkowe cokolwiek wyżej środka desek **a**. Takie dwa gotowe postumenty ustawić należy na płaszczyźnie wozu w odległości stosownej, żeby chwyty noszy dobrze zachodziły za wewnątrz obrócone deski **b**, ale żeby ich końce były oddalone o szerokość dłoni od zewnętrznych. Tak ustawione postumenty należy

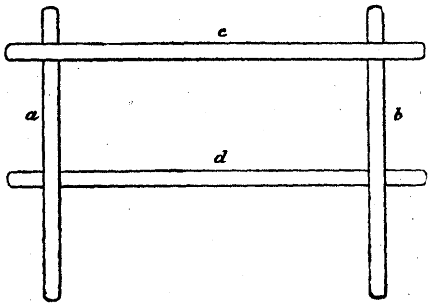


Rys. 16.

połączyć pomiędzy sobą u góry i u dołu deskami poziomemi **c d**, (rys. 16-ty) przylegającemi do zewnętrznych powierzchni desek **a**. Dolne deski **d** powinny o tyle wystawać po za postumenty, aby od ich zewnętrznych końców do górnych części postumentów można przeprowadzić pochyłe podpórki **e**. Następnie wzmacnia się jeszcze budowę postumentów, przybijając do zewnętrznej strony każdego z nich pochyłe deski **f** (rys. 17-ty). W końcu do środka każdego postumentu przybija się z zewnątrz prostopadłą deskę **g**, która przenosi wysokość postumentu o 80 cm. i u góry ma wycięcie trójkątne z łatą poprzeczną w celu umocowania drążka podłużnego, służącego do zawieszenia dachu z żaglowego płótna.

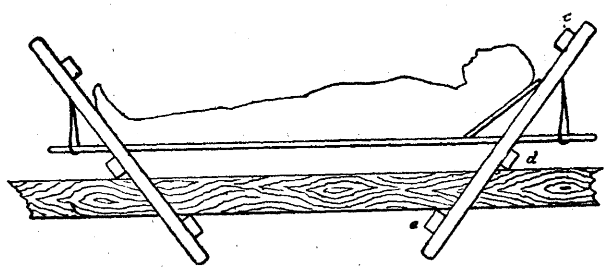
Na—i wyładowywanie wozu odbywa się z boków, w sposób następujący: Najpierw zakłada się górne nosze na środkowe poprzeczne drążki postumentów, z których już łapie się je na pętlice, zawieszone u górnych przecznic Następnie kładzie się dolne nosze na pomost wozu lub na dolne przecznice, poczem zawiesza się je na pętlicach u środkowych przecznic. Wyładowywanie odbywa się w kierunku odwrotnym—najpierw należy zdjąć dolny rząd noszy, a później dopiero górny.

Opisany sposób urządzenia pomostowego wozu pozwala na oszczędność w ludziach i koniach przy dużej stosunkowo ilości chorych, ale zabiera dużo czasu. Znacznie szybszy jest sposób



Rys. 18.

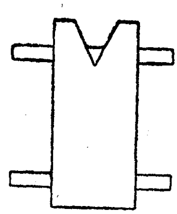
następujący: Z dwóch drążków **a** i **b** oraz dwóch mocnych przecznic **c** i **d** (rys. 18-ty) robi się ramę, którą należy założyć ukośnie na pomost wozu i umocować u dołu przez przecznicę, przybitę do spodu pomostu, **e**. Druga podobna rama zakłada się na przeciwległy koniec pomostu w odpowiedniej odległości od pierwszej. Na górnych przecznicach tych ram można umieścić dwoje noszy za pomocą pętlic zawieszonych u tych przecznic (rys. 19-ty).



Rys. 19.

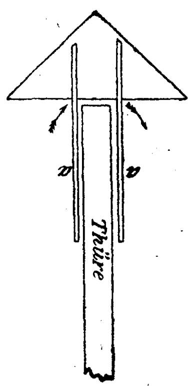
XIII. Wagon towarowy kolei żelaznej.

W każdej połowie wagonu zakłada się po dwa mocne drągi w kierunku poprzecznym, opieraiąc je na listwach, służących do wstawienia ławek. Odległość tych drągów jednego od drugiego powinna być cokolwiek mniejszą jak długość noszy. U każdej pary drągów można zawiesić troje noszy na krótkich pętlicach. W wagonach, w których niema listew do ławek, przybić należy krótkie lecz mocne i szerokie deski pionowe z trójkątnemi wycięciami u góry oraz niewielkiemi listewkami u góry i udołu, które oddzielają deski od ściany wagonu, a służą do ich umocowania (rys. 20).



Rys. 20-ty.

Przy przewożeniu chorych w wagonie koniecznem jest urządzenie wentylacyi dla przedniej części wagonu, ponieważ przy ruchu pociągu świeże powietrze w pada przez otwarte drzwi tylko do tylnej części wagonu. Wentylacyę urządza się w sposób na-



Rys. 21.

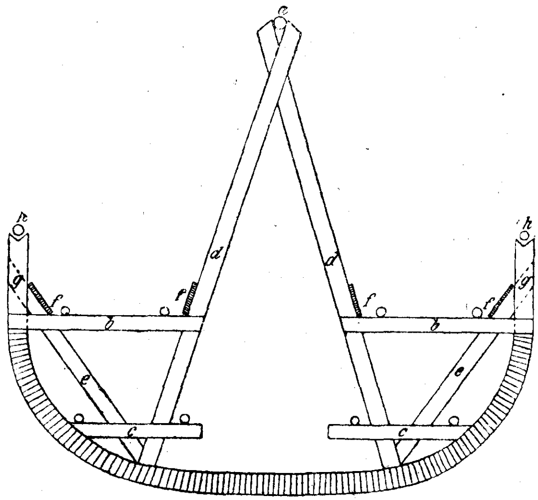
stępujący (rys. 21-y): Należy zbić pod kątem prostym wpodłuż dwie deski, 1 metr długości i 25 cm. szerokości mające, i tak uformowaną rynnę zamknąć z obydwóch końców trójkątnemi deskami. Następnie trzeba tę rynne ustawić w drzwiach wagonu prostopadle, zwróciwszy wylotem w kierunku ruchu pociągu. Na trójkątach, zamykających rynnę, przybija się po dwie deseczki podłużne **aa**, obchwytujące drzwi wagonu z góry i z dołu, i mocno do nich przybite. Część rynny, zwrócona na zewnątrz wagonu, łapie powietrze podczas ruchu pociągu i przesyła je do wewnętrznej części, a ztąd do przedniej części wagonu.

XIV. Przysposobienie statków wodnych do przewozenia chorych.

Nie mówiąc o dużych statkach i okrętach, gdzie można ustawić na pokładzie łóżka w kilku rzędach, chodzi nam tu głównie o mniejsze statki i duże łodzie do trzech metrów szerokości mające. W takich statkach można też postawić dwa rzędy łóżek z przejściem po środku, okołe 50 cm. szerokiem. Więcej jednak odpowiadają celowi nosze, aniżeli łożka; najpierw dla tego że nie wymagają przekładania chorego, a są jakby nierozdzielne z jego osobą aż do przybycia na miejsce przeznaczenia, powtóre zaś jeszcze dlatego, że mając do rozporządzenia nosze, nie łóżka jesteśmy w stanie urządzić piętrowe leżaki dla chorych.

Dla poniżej opisanego urządzenia wymagalny jest statek bez masztów, mający szerokości 3 metry, długości 18 metrów i głębokości 80 cm., licząc od wewnętrznej powierzchni ścian statku. W takim statku można pomieścić od 20-tu do 24-ch noszy z chorymi, przyczem pozostaje jeszcze wolna przestrzeń do umieszczenia jadalnego stołu, umywalki, przenośnej wygódki oraz szafki z materyałami opatrunkowemi i apteczką. Trzeba też mieć płótno żaglowę do urządzenia dachu.

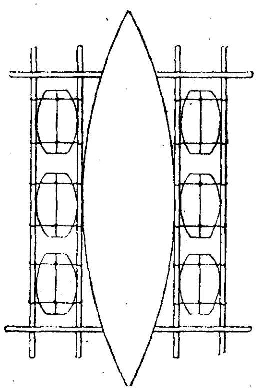
Nosze wstawiają się na postumenty, których trzeba 6—7. Postumenty składają się z desek, mających około 12-tu cm. sze-



Rys. 22.

rokości. (rys. 22-gi). Dwie deski pochyłe **dd** krzyżują się między sobą górnem końcami, w kącie skrzyżowania desek umieszcza się belkę szczytową **a**. Od dolnych końców desek **dd** idą pochyłe deski **ee** na zewnątrz ku brzegom statku, ponad które wysuwają się około 40 cm. Deski pochyłe **dd** i **ee** łączą się za pomocą desek poziomych **bb** i **cc**, na których opierają się chwyty noszy. Deski **bb** zewnętrznemi końcami leżą na burtach statku. W kierunku podłużnym łączą się postumenty między sobą w odległości 2,30 metr. za pomocą desek **ffff**, które winny być szerokie na 25 cm. i stanowią poręcze ochronne przeciw wypadnięciu chorych, leżących na górnych noszach. Na burtach statku osadza się kilka desek pionowych **gg**, przez górne wycinki których przechodzą drążki **hh**, służące do umocowania dolnych brzegów płóciennego dachu. Cięższej chorych należy umieścić na górnych noszach, na dolnych zaś—lżej chorych oraz personel służbowy statku.

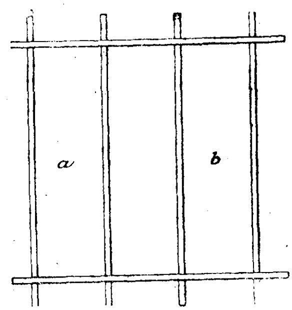
Przy zastosowywaniu czółen rybackich do przewozu chorych przedewszystkiem należy zabezpieczyć czółno od kołysania, co osiągamy przez dodanie pływaków przy czółuach pojedynczych lub przez połączenie dwôch czółen w jednę całość. Najlepszemi pływakami są beczki, mianowicie zaś beczki od nafty, później od wina lub spirytusu. Trzy lub cztery beczki, odwrócone szpuntowemi otworami do góry, układa się w rząd w kierunku podłużnym, pozostawiając między niemi niewielkie przedziały. Tak ułożone beczki należy połączyć za pomocą bocznych drążków odpowiedniej długości i mocy z każdego boku. W tym celu łączy się drążki podłużne pomiędzy sobą sznurowemi pętlicami, po dwie dla każdej beczki, w ten sposób żeby połączone drążki leżały u końców największej średnicy beczek poziomo. Z drugiej strony beczek łączy się pomienione drągi w podobny sposób, żeby się pętlice nie ześlizgiwały z beczek, należy następnie każdą beczkę zesznurować naokoło w kierunku podłużnym przez pętlice poprzeczne. W ten sposób urządzone dwa rzędy beczek przystować należy do boków czółna i wtedy połączyć wystające końce drąż-



Rys. 23.

ków podłużnych z przodu i z tyłu drążkami poprzecznemi, przechodzącemi pod czółnem (rys. 23).

Najpiew spuszcza się na wodę tak urządzoną ramę i w nią wkłada się następnie czółno. Nad końcami czołna przechodzą jeszczd dwa drążki poprzeczne, które należy mocno zesznurować z dolnemi, pływającemi w wodzie. Górne przecznice muszą być o tyle oddalone jedna od drugiej, żeby na nich można było położyć chwyty noszy. W końcowej ławce czółna można umieścić maszt z żaglami.

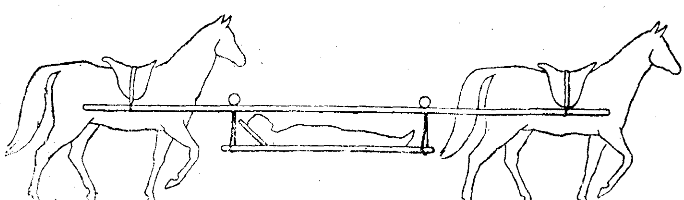


Rys. 24.

Jeżeli są dwa czółna do rozporządzenia, sprawa się o wiele upraszcza. Trzeba tylko urządzić ramę z 4-ch podłużnych i dwóch poprzecznych drągów (rys. 24-ty) i wstawić jedno czółno w przestrzeń a drugie w b. I tu dla wzmocnienia trzeba przeprowadzić u góry drągi poprzeczne łącząc je mocno z ramą.

W braku czółna można urządzić tratwę na beczkach połączonych w sposób wyżej opisany. Trzeba w tym celu u podłużnych sznurowań beczek umocować rząd belek poprzecznych, do których przybija się następnie pomost z desek.

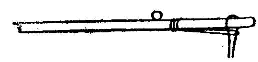
XV. Przewóz chorych na koniach. (rys. 25-ty).



Rys. 25.

Przewóz lekko rannych na koniach był często praktykowany, szczególniej na wojnie. Nieraz odbywało się to nawet masowo w ten sposób, że chorych sadzano na konie i podtrzymywano z boków podczas jazdy. Np. w roku 1760-ym 15-go sierpnia, po bitwie pod Lignicą transportowano 500 rannych z Lignicy do Wrocławia na dragońskich koniach, a sami dragoni szli pieszo, prowadząc konie i podtrzymując rannych. Takie przykłady zasługują na naśladowanie. Trzeba jednak mieć na względzie zastosowanie koni

do przewożenia cięższej chorych lub rannych. Tego łatwo dopiąć wszędzie, gdzie można zdobyć parę tyczek od chmielu. Między dwiema takiemi tyczkami, połączonemi dwoma poprzecznemi drążkami, na których wiszą pętlice do zawieszenia noszy, ustawia się dwa konie jednego z przodu, drugiego z tyłu. Swobodne końce tyczek zawiesza się w pętlicach, przerzuconych przez siodła i umocowanych w nich. W celu uniknięcia obawy wyślizgnięcia się tyczki z pętlicy należy dodać pętlicę bezpieczeństwa (rys. 26-ty).



Rys. 26.

Przedewszystkiem należy wypróbować, czy konie są dość spokojne; dopiero przekonawszy się o tem, można zawiesić nosze z chorym.

Pierwsza konferencya

Międzynarodowego Biura centralnego do walki z gruźlicą.

Podał Dr. **Seweryn Sterling.**

Nieustanny wzrost zainteresowania sprawą walki z gruźlicą wywołał konieczność połączenia wszystkich usiłowań skierowanych przeciw tej endemii.

Myśl utworzenia odpowiedniej organizacyi podjął, w r. 1898, na kongresie gruźliczym w Paryżu, Schroetter. Myśl tę urzeczywistniono w r. 1900, tworząc—w Berlinie: „Międzynarodowe Biuro centralne do walki z gruźlicą.“

Zasadnicze punkty statutów tej organizacyi brzmią:

Zadaniem Biura jest popieranie wszystkich usiłowań dążących do zwalczenia gruźlicy.

Biuro składa się z członków: rzeczywistych, korespondentów i honorowych.

Czł. korespondenci stale informują Biuro o ruchu przeciwgruźliczym w danym kraju lub okręgu.

Czł. rzeczywiści reprezentują w Biurze organizacye przeciwgruźlicze istniejące w danym kraju. Na każdy kraj wypada po dwu członków rzeczywistych. Kraje liczące więcej niż 10 milionów ludności mają nadto prawo do mianowania po jednym czł. rzeczywistym na każde 5 milionów ludności, nie więcej jednak, niż pięciu—wogóle—członków rzeczywistych. Wszelkie związki państwowe liczą się za jeden kraj.

Członków korespodentów wybiera Rada ścisła.

Sprawami bieżącemi Biura zawiaduje Kuratoryum, złożone z 5 członków. Kuratoryum ma prawo dobierać sobie Adyunktów z liczby członków rzeczywistych, w Berlinie zamieszkałych.

Posiedzenia Rady ścisłej odbywają się raz do roku, na wiosnę, w Berlinie.

Wielka Rada składa się ze wszystkich członków Biura i zbiera się co dwa lata, na jesieni.

Międzynarodowe Biuro centralne spełnia swoje zadania:

1) gromadząc wszelkie dane o walce z gruźlicą;

2) gromadząc cały materyał literacki, tyczący się tej walki;

3) udzielając informacyi na zapytania pochodzące ze źródeł poważnych;

4) zwracając się z przedłożeniami do osób i instytucyi miarodajnych;

5) podtrzymując i budząc ruch przeciwgruźliczy we wszystkich krajach;

6) wydając pismo specyalne.

Pierwsze zebranie Wielkiej Rady odbyło się właśnie jako „Konferencya Biura międzynarodowego do walki z gruźlicą"—w ciągu czasu od 22 do 26 Października r. b.

Posiedzenia Konferencyi były publiczne, t. j. na posiedzeniach mogli być obecni wszyscy, którzy się interesują tematami obrad i uzyskali odpowiednie (bezpłatne) karty wejścia.

A zebrało się publiczności zarówno lekarskiej, jak i nielekarskiej, tak wiele, że wyglądało to zebranie raczej na kongres międzynarodowy, aniżeli na konferencyę członków Biura. Wśród tej publiczności przeważali wprawdzie berlińcycy, ale bardzo wielu było obcokrajowców, przeważnie francuzów.

Z konferencyą połączono małą wystawę specyalną, t. zw. Muzeum (Tuberkulose-Museum), w którem najciekawszy dział stanowiła specyalna wystawa Dr. F. Blumentala z Moskwy (o czem dalej).

Stosownie do zadań Biura miała Konferencya charakter przeważnie informacyjny.

Pierwszym prelegentem był B. F r a e n k e l, który przedstawił historyę rozwoju walki z gruźlicą aż do chwili utworzenia Biura międzynarodowego.

Te dane, jak i następne wykłady, dające obraz obecnego stanu walki z gruźlicą w różnych państwach, zawierają zbyt wiele materyału, bym je mógł zmieścić w tej notatce z podróży. Podzielę się niemi wkrótce z czytelnikami „Czasopisma" w specyalnem sprawozdaniu.

Następujący punkt porządku dziennego obejmował sprawę s p o s o b ó w p r o p a g a n d y zasad walki z gruźlicą Referentami byli: Blumental, Obertüschen i Sersiron.

B l u m e n t a l (z Moskwy) mówił o „w y s t a w a c h g r u ź l i c z y c h" i o „o d c z y t a c h z d e m o n s t r a c y a m i." Wychodzi on z tego założenia, że słowo drukowane nie wywiera do-

statecznie silnego wpływu na masy, że niezbędnem jest użycie—w celu propogowania idei przeciwgruźliczych—jeszcze środków demonstracyjnych, optycznych. W tym celu należy nietylko stworzyć podobne środki, ale też umożliwić wszystkim działaczom na tem polu korzystanie z tych środków pomocniczych, ułatwić im pouczanie ogółu za pomocą tych środków. Blumental proponuje utworzenie przy Biurze specyalnej organizacyi, której zadaniem ma być:

1) Zebranie całego materyału, jaki w różnych krajach jest używany do propagowania idei przeciwgruźliczych za pomocą słowa, pisma i okazów.

2) Umożliwienie korzystania ze wzorów tam zebranych zarówno organizacyom państwowym, komunalnym, jak i prywatnym.

3) Produkowanie odpowiednich okazów (diagramy, mapy, plany, klisze do latarni magicznych), tworzenie muzeów stałych, tworzenie wystaw przenośnych.

O b e r t ü s c h e n (z Wiesbadenu) rozwinął swoje rozumowanie w taki sposób:

W rozwiązaniu tego zagadnienia kulturalnego, jaki stanowi walka z gruźlicą, musi brać udział i s z k o ł a. Ma ona do tego prawo, ponieważ jest główną dźwignią kultury i postępu; ma też obowiązek—ponieważ stanowi jedno z najpoważniejszych urządzeń państwowych.

Współudział szkoły opiera się na dwu prawdach: 1) gruźlica jest uleczalna i 2) gruźlica jest zaraźliwa.

Ponieważ gruźlica jest uleczalna, należy każde chore dziecko ze szkoły ogólnej przenieść do szkoły specyalnej, urządzonej w postaci sanatoryum. Powtóre, należy usunąć ze szkoły nauczycieli chorych na gruźlicę, leczyć ich, niepozbawiając przez ten czas pensyi.

Ponieważ gruźlica jest zaraźliwa, należy surowo stosować w szkołach zarządzenia profilaktyczne, jednocześnie zaś i pośrednio walczyć z gruźlicą, stosując sposoby zwiększania odporności organizmów dziecięcych.

W tym ostatnim kierunku szkoła rozporządza następującymi środkami:

a) ćwiczenia fizyczne, szczególniej w okresie od 14 do 19-go roku życia;

b) współudział szkoły przy wyborze zawodu;

c) popieranie wszystkich przedsięwzięć dążących do wzmacniania sił fizycznych śród młodzieży.

d) nauczanie hygieny.

Powyższe swe obowiązki może szkoła spełnić tylko przy czynnym udziale lekarzy szkolnych.

S e r s i r o n (z Paryża) gorąco przekonywał zebranych o konieczności utworzenia „sztandaru“ dla ludzi walczących z gruźlicą, czyli.... znaczka na klapę od surduta („insigne international au Comité de lutte contre la tuberculose“).

W odczycie nieobjętym programem mówił B a u m g a r t e n (z Tybingi) o w a l c e z g r u ź l i c ą z p u n k t u w i d z e n i a m y k o l o g i i p a t o l o g i c z n e j. Jakkolwiek nie znamy środka, który by zabijał pasorzyta gruźlicy w tkankach, nie niszcząc zarazem tych

tkanek, nie należy wątpić, że środek taki będzie wynaleziony. Obecnie staramy się niszczyć wszystkie pasorzyty z chwilą, gdy opuściły ustrój. Ale niewolno przytem zapominać: o dziedziczności i o skłonności. Baumgarten jest zdania, że przypadki bezpośredniej dziedziczności gruźlicy nie są wcale tak rzadkie, jak to dziś większość sądzi. Często znajduje on ogniska gruźlicze na trupach kilkutygodniowych ssawców, nawet noworodków, które niemiały możności zarażenia się zzewnątrz.

Drugim tematem ogólnym była sprawa meldowania władzom o przypadkach gruźlicy.

Van Ryn (z Bruksselli), w imieniu którego przemawiał Dewez, jest zdania, że należy wszędzie drogą prawodawczą nakazać meldowanie o przypadkach gruźlicy, licząc się jednak ze zwyczajami panującymi w danym kraju. Przeciw takiemu prawu podniosą zarzuty: 1) że takei prawo ogranicza wolność osobistą i łamie zasadę tajemnicy lekarskiej; 2) że meldowanie przestraszy chorego, co mu może zaszkodzić; 3) że ujawnienie choroby może chorego pozbawić zajęcia i t. p.

Ale ważność sprawy dla dobra ogólnego pobija te wszystkie zarzuty. c

Postępować jednak należy ostrożnie i stopniowo. Zacząć od wprowadzenia dokładnej statystyki śmiertelności od gruźlicy, w tych krajach, gdzie takiej statystyki jeszcze nie wprowadzono. Następnie należy zobowiązać zarządzających hotelami, przytułkami, więzieniami, szpitalami, sanatoryami, pensyonatami, i t. p. do komunikowania władzom nazwisk, wieku i innych personaliów tych osób, które cierpią na gruźlicę i korzystają z wymienionych urządzeń. Te dane mógłby wypisywać lekarz. Następnie należy wprowadzić dobrowolne meldowanie. W końcu dopiero wprowadzić meldowanie przymusowe.

Anvord (z Chrystyanii) mówił o prawie norweżskiem, obowiązującem od d. 1 Stycznia 1901-go r., na mocy którego należy meldować o każdym takim przypadku gruźlicy, przy którym wydzieliny zawierają materyał zakaźny.

Meldować musi ordynator, składając to zawiadomienie na ręce lekarza sanitarnego.

Doświadczenie Norwegii wykazuje, że nienapotkano na poważniejsze trudności przy wykonywaniu tego prawa.

O t. zw. „Dispensaires antituberculeux“ mówili Calmnette i Lancastre.

Zdając w r. zeszłym w „Czasopiśmie“ sprawę z przebiegu kongresu londyńskiego, mówiłem o tym nowym typie pomocy gruźliczym.

Jest to instytucya poliklniiczna, dająca nie tylko poradę i lekarstwo, ale opiekująca się robotnikiem, leczonym w domu: ułatwia utrzymanie czystości domowej, pierze bieliznę, dezynfekuje rzeczy, dostarcza pożywienia, wydaje zapomogi pieniężne i t. p.

Im mniej posunięta jest choroba, tem większą pomoc daje ta instytucya. Stosownie do stopnia ubóstwa i rozwoju choroby dzielą chorych na trzy kategorye. Pierwsza kategorya otrzymuje: opłatę za mieszkanie, 100 kilo węgli na miesiąc i 250 gr. mięsa co drugi dzień; druga kategorya otrzymuje: 100 kilo węgli miesięcznie 1 kilo chleba

1 litr mleka dziennie, obok bonu—do taniej kuchni—na obiad (zupa, mięso, jarzyna); trzecia kategorya otrzymuje codziennie 1 litr mleka i na tydzień 13 jajek. Prócz tego dają każdemu choremu dwie spluwaczki, roztwór lizolu i, w razie potrzeby, odzież, obuwie. Od czasu do czasu dezynfekuje się mieszkania chorych. Specyalny urzędnik obchodzi rodziny chorych i udziela instrukcyi w sprawach hygieny. W Dispensaire, imienia Emila Roux, w Lille bywa przeciętnie 120 chorych dziennie, z tego—przeciętnie—po 20 pierwszej i drugiej kategoryi, 80 trzeciej. Wydatki wynoszą około 2500 fr. miesięcznie, nieliczą kosztu mieszkania na poliklinikę, wydatków na urzędników i t. p. Czas, w ciągu którego udziela się pomocy jednemu choremu, wynosi przeciętnie dziewięć miesięcy. Wyniki są wogóle bardzo zachęcające.

L a n c a s t r e (z Lizbony) mówi o tej samej sprawie, co następuje:

1) Zadanie zwalczania gruźlicy jest cząstką zadań socyalnych; tak samo „Dispensaires" są jedną z broni przeciw gruźlicy. 2) Dispensaire uzupełnia sanatorya; ułatwia zapobieganie, jest szkołą dla lekarzy. 3) Jakkolwiek wartość tej organizacyi nie jest jeszcze statystycznie dowiedziona, istniejące Dispensaires przekonały, że w wielu przypadkach leczą. 4) Dispensaires mają w pewnym kierunku przewagę nad sanatoryami, ponieważ leczą zarówno te przypadki początkowe, kiedy chorzy niechcą jeszcze iść do lecznicy, jak i te, w których sanatorya nie chcą już przyjmować chorych. 5) Dispensaires, klasyfikują chorych kwalifikujących się do sanatoryum. 6) Dispensaire ułatwia władzom reglamentacyę przypadków gruźlicy. 7) Disp. gra wielką rolę wśród sposobów zapobiegania szerzeniu się gruźlicy. 8) Disp. jest znakomitą szkołą hygieny. 9) Disp. jest środkiem walki z alkoholizmem, ze złemi mieszkaniami i źle przewietrzanymi warsztatami. 10) Disp. jest szkołą dla lekarzy.

Nie tylko w Portugalii, ale i we Włosech, jak o tem zakomunikował C o z z o l i n o (z Neapolu) tworzą dispensaires. W Niemczech istnieją tylko p o l i k l i n i k i, a o jednej z nich, berlińskiej, mówił M. W o l f f. Jest to specyalne ambulatoryum, gdzie bezpłatnie badają plwociny, udzielają rady i leków.

O b i u r a c h, w a r s z t a t a c h, f a b r y k a c h i p o d o b n y c h z a m k n i ę t y c h p o m i e s z c z e n i a c h mówili: F l ü g g e, F r e n u d, S a v o i r e i D e n i s o n.

F l ü g g e (z Wrocławia) kładł znów nacisk na rozpryskiwanie wilgotnej plwociny; więc radził, by jeden robotnik pracował w oddaleniu od drugiego co najmniej o 1 metr, by przy biurkach i stołach zaprowadzono szyby matowe, dzielące każdego pracownika od sąsiada, i t. p.

F r e u n d (z Berlina) mówił o konieczności specyalnych przepisów, obowiązujących w warsztatach, a chroniących od gruźlicy.

S a v o i r e (Paryż) polecał systematyczne badanie wszystkich pracujących.

D u b r a v (z Wiednia) mówił o technicznych środkach zbierania plwociny.

Bardzo wielu mówców zapisało się do głosu w sprawie rozmaitych typów lecznic dla gruźliczych.

Anvord (z Chrystyanii), wychodząc z założenia, że w 8 na 10 przypadkach gruźlicy zakażenie następuje w wieku dziecięcym—kładzie nacisk na konieczność większego, niż dotąd, uwzględniania profilaktyki i terapii wieku dziecięcego.

Zupełnie tego samego zdania był Egger (z Bazylei), który też opowiedział, co w tej kwestyi już zrobiono w Bazylei.

Derecq (z Paryża) kładł nacisk na konieczność lepszego, niż dotąd, opiekowania się rekonwalescentami, którzy są przecież tak skłonni do zarażania się gruźlicą.

Armaingaud (z Bordo) mówił o sanatoryach nadmorskich dla dzieci, które tak szeroko są rozgałęzione we Francyi. Ewald (z Berlina) podnosił również wartość sanatoryów nadmorskich dla dzieci i wykazywał ich wysoką wartość leczniczą.

Becher (w swojem i Lenhoffa, z Berlina, imieniu) mówił o t. zw. „Ergolungstätte.“ O tym typie lecznicznicy dziennej mówiłem już i pisałem (p. „Czas. lek.“ Tom. II, str. 463); nowego nic B. niepowiedział. Działalność tych instytucyi daje bardzo dodatnie wyniki, koszt zaś ich urządzenia i utrzymania jest bardzo niewielki.

O szpitalach dla gruźliczych i oddziałach gruźliczych mówili: Leube (z Würzburga), Schaper (z Berlina) i Unterberger (z Carskiego Sioła); wszyscy trzej wykazywali wielką wartość podobnych urządzeń leczniczych.

Dalszy ciąg rozpraw w tym dziale przeniesiono na posiedzenie dadatkowe, na którym mówił Gebhardt (z Lubeki) o przytułkach (Invalidenheime) dla gruźliczych.

Turban (z Davos) mówił o ujednostajnieniu mianownictwa i klassyfikacyi gruźlicy płuc, proponując swoją znaną klasyfikacyę: I-sze stadyum: lekkie zajęcie co najwyżej jednego płatu płuc. II-gie stadyum: lekkie zajęcie conajwyżej dwu płatów lub cięższe zajęcie conajwyżej jednego płatu. III-cie stadyum: większe, aniżeli w stadyum drugiem, zajęcie płuc.

Jednocześnie proponuje ujednostajnienie nomenklatury zmian i objawów fizykalnych i ujednostajnienie techniki badania płuc.

W dyskusyi zgodzono się z tem, że byłaby bardzo pożądana reforma w duchu propozycyi Turbana, ale w praktyce napotka na trudności nieprzezwyciężone choćby z tego względu, że przebieg gruźlicy rzadko daje się ująć w jakikolwiek szemat.

Bardzo ważny temat rozwinął Sangmann (z Danii), mówiąc na temat: Walka z gruźlicą nie powinna się stać walką z chorymi na gruźlicę, ostrzegając przed ftizyofobią, potępiając żądania Flüggego (p. wyżej).

Specyalne posiedzenie poświęcono sprawie stosunku gruźlicy ludzkiej do gruźlicy zwierzęcej.

Pierwszym referentem był prezydent Niemieckiego Urzędu zdrowia, Köhler. Odczyt Köhlera (O stanie sprawy przeniesienia gruźlicy bydlęcej na człowieka)) sprawił (chyba) duże rozczarowanie wszystkim obecnym. Nie tylko niepowiedział

nic nowego, ale nawet nie zgrupował rzeczy znanych; ostateczny zaś wniosek, że i nadal—jego zdaniem—należy unikać spożywania mleka surowego, motywował tem, że wszak w mleku bywają zarazki innych chorób. Taki sposób rozwiązania kwestyi przez głównego referenta sprawił niemiłe wrażenie, bo był raczej obejściem sprawy, aniżeli odpowiedzią na obrany temat.

Bezwarunkowo i niedwuznacznie wypowiedzieli się za zaraźliwością mleka od zwierzą gruźliczych pochodzącego: Nocard (z Paryża) i Arloing (z Lyonu).

W dyskusyi jaka powstała, przemawiało wielu mówców.

Hueppe (z Pragi) rozpoczął od ostrej wycieczki przeciw Köhlerowi, któremu zarzucił stronniczość (na korzyść Kocha); co do samej sprawy, to przypomniał o tem, że nie tylko różnią się laseczniki pochodzące od zwierząt i od ludzi, ale że laseczniki jednego gatunku różnie się zachowują względem różnych ludzi, t.j. względem tej odżywki, na której są szczepione. Dla tego nieudanie się doświadczenia niczego niedowodzi, natomiast wynik dodatni, choćby pojedyńczy — a jest ich o wiele więcej—starczy do stwierdzenia przeszczepialności gruźliczy zwięrzęcej na ludzi i odwrotnie.

Baumgarten (z Tybingi) zwraca uwagę na pomyłki w doświadczeniach, szczególnie zaś na to, że często zamiast pod skórę wstrzykuje się materyał zakażający do żył.

I on jednak uważa doświadczenia Kocha za mało przekonywające.

M. Wolff przeciw Kochowi twierdzi, że przypadki pierwotnej gruźlicy kiszek wcale nie są rzadkie. Laseczniki z jednego przypadku gruźlicy kiszek pierwotnej okazały się zabójczymi dla cieląt, którym je zaszczepiono.

Bang (z Kopenhagi) wywołał u trzech cieląt, szczepiąc im gruźlicę ludzką, typową gruźlicę tęczówki.

Natomiast Moeller (z Belzigu) referował o licznych próbach karmienia bydła paszą, do której dodawano wielkie ilości plwociny; nigdy w ten sposób nie udało się zarazić zwierząt.

Orth (następca Virchowa na katedrze) sądzi, że wcale niedowiedziono, by istniała różnica między gruźlicą ludzką i zwierzęcą; brak jednak dowodów, by tę kwestyę ostatecznie rozstrzygnąć.

Wreszcie wziął w dyskussyi, udział i Koch, który mówił całą godzinę (wolno było w dyskussyi mówić tylko 10 minut). I tu nowe rozczarowanie! Zamiast mówić o głównym temacie, o możliwości lub niemożliwości przenoszenia gruźlicy bydła na ludzi i odwrotnie, rozwodził się długo nad ogłoszonymi w literaturze przypadkami pierwotnej gruźlicy kiszek i wszystkie te spostrzeżenia uznał za niedosyć ściśle. Dalej mówił o tem, że w obec spożywania tak wielkich ilości produktów (mleka, masła, sera, mięsa), zawierających laseczniki gruźlicy bydlęcej—powinno by się widywać masowe, epidemiczne zapadanie na gruźlicę, czego nigdzie nie widziano.

Wogóle, nie zaprzecza Koch możliwości przenoszenia gruźlicy ludzkiej na zwierzęta, uważa tylko podobny fakt za bardzo wyjątkowy.

Więc: sprawa pozostała na tem samem miejscu, na którem ją Kongres londyński zostawił.

(d. n.)

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie w dniu 4 Czerwca 1902 r.

1) Kol. Kaufman mówił „o niedrożności przewodu płciowego" u kobiet. Zaznaczywszy, że przeszkoda (sklejenie lub zarośnięcie) napotyka się w różnych punktach dróg rodnych, od warg sromnych aż do ujścia wewnętrznego, i że następstwa t. j. powstanie haematokolpos lub haematometra jest zależne właśnie od umiejscowienia przeszkody, opisał przebieg i objawy tego cierpienia. Leczenie niegdyś dawało wyniki tak złe, że niektórzy chirurgowie nie chcieli wcale przypadków takich operować. Lepsze rezultaty otrzymano dopiero wtedy, gdy zaczęto przez laporotomię usuwać haematosalpinx (p. statystykę Wagnera). K. dalej zwraca uwagę na teoryę Nagel-Veita, według której atrezya dróg rodnych niezdwojonych nie jest, jak dawniej sądzono, wrodzona, lecz nabyta wskutek chorób zakaźnych. Teorya ta objaśnia też powstanie krwisteku wewnątrzjajowodowego i zapalenie otrzewnej po wylaniu się krwi do jamy brzusznej.

K. wreszcie przytacza spostrzeżenia własne.

1) Conglutinatio labiorum u H. C., dziewczynki, mającej 1¼ roku; pozostał tylko otworek, odpowiadający cewce, zresztą bruzda prowadząca do odbytu.

2) 3 przyp. atresiae hymenalis. W jednym guz pękł dobrowolnie, w 2-ch innych został otwarty od dołu. Wyzdrowienie.

3) Haematometra przy pojedyńczych narządach płciowych i otwartej pochwie u 25-letniej mężatki. Zarośnięte było ujście wewnętrzne macicy.

4) Haemotokolpos et haematometra unilateralis. Otwarcie od dołu. Wyzdrowienie.

Posiedzenie w dniu 18 Czerwca 1902 r.

I) Kol. Goldman przedstawił:

A) Przyrząd do wlewań podskórnych i wewnętrznych roztworów soli, żelatyny i t. p., Przyrząd składa się: z a) kolby szklannej z oznaczonemi podziałkami. b) korka, w którym są trzy otwory: dla termometru, rurki szklannej sięgającej do dna nacznia, rurki szklannej wystającej ponad powierzchnię płynu; krótsza rurka łączy się z balonikiem powietrznym, dłuższa z gumową rurką zaopatrzoną na końcu w igłę z bocznymi otworami. Wraz z jego zawartością można wyjaławiać przyrząd ten w kąpieli wodnej—co stanowi zaletę pierwszorzędną; termometr pozostaje w kolbie przez cały czas wyjaławiania i podczas działania przyrządu.

Dla uniknięcia zbyt wydłużonej, a więc niewygodnej, formy termometru (do 100'C) firma Lautenschlaeger Berlinie na zlecenie prof. Körtego przygotowuje termometry, gdzie skala normalna kończy się na 50°C, wyżej zaś rtęć przechodzi do rozszerzonej bańki. Termometry te można sprowadzać oddzielnie od przyrządu pod mianem „Thermometr nach Körte."

Zawsze wyjałowiony roztwór w wyjałowionej kolbie może być zawczasu gotowy i stosownie do potrzeby ogrzany w kąpieli wodnej do żądanej ciepłoty.

2) B. Chorą 12 letnią z opatrunkiem Lorenz'a w pozycyi uda znacznie odprowadzonej z powodu wrodzonego zwichnięcia główki biodrowej lewej. Jest to już drugi opatrunek u chorej; pierwszy nosiła 3 miesiące. Prelegent ma nadzieję otrzymać w danym przypadku niezły rezultat, na co wskazuje wcale dobry względnie wynik pierwszego opatrunku (robiono zdjęcie Röntgena). Ważny warunek stanowi umiejętnie nałożony opatrunek unieruchomiający.

3) Kol. Grosglik przedstawił 60-letniego Stanisływa S. z psoriaps vulgaris diffusa. Od lat 12 łuszcząca się wysypka na wszystkich kończynach i tułowiu. Wysypka czasami znikała, to znów powracała. Swędzenie bardzo słabe. W kwietniu r. b. przez kilka dni ogólne osłabienie, dreszcze, gorączka, poczem wystąpiła wysypka podobna do wyżej opisanej. St. pr: Na czole i twarzy pojedyńcze plamy nieco wyniosłe, wielkości 10 — 25 kopiejkówki, czerwone, pokryte łuskami. Na tułowiu podobneż plamy, ale większe, niekiedy bardzo duże. Na kończynach górnych i dolnych dwie powierzchnie czerwone, pokryte łuskami, rzec można plaques, obejmująca każda całą niemal kończynę. Na grzbiecie i dłoni rąk obu pojedyńcze plamy podobne do wyżej opisanych. Łuski zdzierają się dość trudno. Na uwagę w tym przypadku zasługuje: a) pojawienie się wysypki z towarzyszeniem objawów ogólnych; b) rozlany charakter cierpienia i c) zajęcie dłoni.

4) Tenże przedstawił 12-letniego chłopca pochodzącego z rodziny zdrowej, a przynajmniej wolnej od przewlekłych cier-

pień skórnych, dotkniętego pemphigo foliaceo univers. Według opowiadania matki chłopiec w 1 roku życia dostawał dużych pęcherzy, wypełnionych płynem, podobnym do ropy. Pęcherze znikały i powracały peryodycznie. Stan obecny: Na głowie, twarzy, tułowiu i kończynach czerwone plamy, pozbawione naskórka, który odstaje i odpada warstwami wielkość półrubla. Na głowie bardzo liczne płatki naskórka szarego koloru, włosów przeważnie brak. Skóra twarzy czerwona, naprężona, naskórek w wielu miejscach pęknięty i od podstawy odstaje. Naprężenie skóry wszędzie duże, wskutek czego ruchy w stawach ograniczone, zwłaszcza w kolanach.

5) Kol. Steinberg po zdemonstrowaniu aparatu Roentgena podał krótki opis składowych jego części (induktora, przerywacza, kondensatora, regulatorów) i pokazał kilka rurek różnego typu, poczem dokonał prześwietlenia chorych. Kościec, narządy klatki piersiowej, a także ich zmiany, były dość wyraźnie zaznaczone na ekranie, prześwietlanie zaś narządów brzusznych i miednicy dało wynik ujemny. Na zakończenie prelegent, wypowiedziawszy kilka słów o panujących teoryach co do pochodzenia promieni Roentg. i o sposobie ich powstawania w rurce Roent., opisał technikę Roentgenografii.

Posiedzenie, w dniu 3 Września 1902 r.

1) Kol. Sonnenberg pokazał dwa mikroskopowe preparaty, przedstawiające wyniki poszukiwań ostatniej doby nad etyologią przymiotu. Posiadanie preparatów S. zawdzięcza uprzejmości Maxa Joseph'a.

O odkryciu bakteryi przymiotu — o nich tu bowiem mowa— komunikowano już wielokrotnie (Klebs, Aufrecht, Birch-Hirschfeld, Morison. Martineau, Lustgarten i inni). Bakterye jednak spostrzegane stanowiły twory przypadkowe; ich znaczenia ustalić nie można było. Nic też dziwnego, że gdy w Marcu r. b. Max Joseph zakomunikował towarzystwu lekarskiemu berlińskiemu, w sposób bardzo skromny, o odkryciu przezeń, wespół z Piorkowskim, drobnoustroju, którego obecność pozostaje według ich w związku z istotą przymiotu, oświadczenie to przyjęte zostało bez zapału. Kol. S. nie zatrzymuje się nad pytaniem, czy nowoodkryty drobnoustrój jest już nareszcie bakteryą przymiotu, czy też nowem . . . złudzeniem, sądzi wszakże, że rzecz zasługuje na bliższą uwagę, choćby ze względu na osobę Maxa Joseph'a, znanego dezmatologa. Otóż osoba Maxa Joseph'a stanowi—zdaniem S. — poniekąd rękojmię, że nie lekkomyślność kierowała nim, gdy zajął uwagę świata lekarskiego dokonanem przezeń spostrzeżeniem. Wspomniane odkrycie zostało dokonane na podstawie apriorystycznego rozumowania, że chorobotwórczego zarazka szukać należy przedewszystkiem w nasieniu syfilityka. Do takiego wnioskowania upoważniało J. i P. znane oddawna spostrzeżenie, że mężczyzni, pozornie zdrowi, którzy przebyli przymiot przed 2—3 laty, często

mogą nie zarażać kobiet, z któremi mają stosunki płciowe, o ile ich nie zapładniają. W nasieniu więc zarazek, najprawdopodobniej, przechowuje się dłużej, niż w innych cieczach ustroju. Aby otrzymać hodowle poszukiwanych drobnoustrojów, J. i P. brali jako podłoże łożyska kobiet, które syfilisu nie przechodziły i wyjaławiane łożyska obsiewali nasieniem syfilityków.

Preparaty, jakie Sonnenberg przedstawia, są wzięte z hodowli. Drobnoustroje występują tu w postaci laseczek, mających 4—8 mikr. długości, 0,2—0,3 mikr. szerokości, z kolbowatem wzdęciem jednego końca (przeważnie). Mają ona dążność do układania się w postaci sztachet. Tu i owdzie widać drobrne ziarenka — to objawy zwyrodnienia. W mowie będące bakterye barwią się z łatwością anilinowymi barwnikami: jeden z demonstrowanych preparatów jest zabarwiony fuksyną (z kw. karbolowym), drugi—gentiana violett. Bakterye o jakich mowa, nie występują w nasieniu osób, które syfilisu nie przechodziły. Obecność pałeczek jest zależną, jak wykazały poszukiwania, od obecności w nasieniu żywych plemników: niema ich w nasieniu przechowywanem dłużej niż 6—8 godzin; niema ich w przypadkach azoospermii u syfilityków. Podczas energicznego leczenia merkuryalnego również laseczek nie spostrzegano. Z innych właściwości zasługuje na uwagę zjawisko autoaglutynacyi.

2) Kol. Fankanowski opisał wzór małego zakładu kąpielowego dla robotników fabrycznych, (będzie drukowane w Czas. Lek.)

W dyskusyi wzięli udział koledzy Wisłocki, Goldblum, Birenzweig, Pański, Rundo i Rontaler.

Posiedzenie z dnia 17 Września 1902 r.

1) Kol. Przedborski demonstrował przyp. wtórnej gruźlicy prosówkowatej gardzieli u 37-letniej kobiety, dotkniętej pierwotną gruźlicą płuc.

2) Kol. Pański demonstrował chorego z przewlekłem cierpieniem więzów kręgosłupa. będzie druk w „Czas.“.

3) Kol. Goldblum: Przyp. złamania podstawy czaszki z obustronnemi porażeniami n. węchowego, wzrokowego, okoruchowego, bloczkowego, pierwszej gałęzi n. trójdzielnego i lewego odwodowego. Chory Cz. lat 52, przed dwoma miesiącami został uderzony w prawą skroń dyszlem od wozu, wyjeżdżającego z bramy domu z całym impetem. Chory gwałtownie rzucony został lewą stroną na kamienny bruk, stracił przytomność i krwawił z rany skroniowej, z nosa i lewego ucha. Stan obecny: i obustronne opadnięcie powieki górnej, zrenice rozszerzone, nie oddziaływają na światło, akomodacyę, mechaniczne podrażnienie; prawe oko stoi nieruchomo, nie może wykonywać żadnych ruchów, lewe oko porusza się tylko na zewnątrz. Chory nie widzi nic,

nie odróżnia dnia od nocy, nie odbiera też żadnego wrażenia przy podrażnieniu nerwów wzrokowych prądem elektrycznym. Chory nie odczuwa zapachów, nie odróżnia zapachu róży od zapachu kału, natomiast jest wrażliwy na mocno drażniące zapachy (działające na n. trójdzielny); nie odróżnia octu od spirytusu, lecz eter drażni go, a zapach amoniaku poznaje wyraźnie. Nad czołem i w części głowy uwłosionej w dziedzinie pierwszej gałązki n. trójdzielnego znieczulenie na dotyk i ból.

Oprócz powyższego żadnych zboczeń u chorego niema. Wobec wyżej przytoczonych danych przypuszczać musimy, że u chorego powstało złamanie poprzeczne, idące od górnej cz. skałowej lewej k. skroniowe przez stok k. klinowej symmetrycznie na górną powierzchnię części skałowej prawej k. skroniowej. Złamanie poprzeczne wystąpiło w ten sposób, że uderzenie dyszlem w prawą skroń gwałtownie rzuciło chorego na kamienny bruk, na który upadł lewą skronią.

Czaszka chorego otrzymała więc prawie jednocześnie dwa uderzenia z lewej i prawej strony.

4) Tenże. Dwa przypadki hysteryi u żołnierzy po urazie.

a) Żołnież S. lat 23, trzy lata temu został uderzony przez konia w czoło nad lewą brwią, stracił wtedy na krótki czas przytomność, a odzyskawszy ją, uskarżał się na szum w głowie, który do dnia dzisiejszego nie ustąpił. Uszkodzenia czaszki nie było. Obecnie nieduża blizna nad lewą brwią i znieczulenie na całej prawie twarzy. Czoło, powieki, nos, policzki znieczulone; na podbródku czucie zachowane, na owłosionej części głowy pasy anestetyczne zmieniają się z pasami o dobrze zachowanym czuciu; wogóle miejsca znieczulone nie odpowiadają żadnej dziedzinie anatomicznego rozgałęzienia nerwów. Po za tem żadnych zboczeń ze strony systemu nerwowego niema. Miejsca anestetyczne są więc jedynym objawem hysteryi, która wystąpiła po urazie.

b) Żołnierz Fr. lat 22, 4 tygodnie temu po spadnięciu z konia na lewy bok: utrata przytomności na bardzo krótki czas i krwawienie z ust. Później nigdy już krew z ust nieszła. Chory przeleżał wtedy tydzień w szpitalu, uskarżając się ciągle na ból w lewym boku w okolicy 6—8 żebra. Ból ten pozostał i dotychczas. Macanie, opukiwanie i osłuchiwanie bolesnej okolicy dały wynik ujemny. Natomiast znajdujemy po lewej stronie ciała pas znieczulony na dotyk i ból, zajmujący przestrzeń, ograniczoną z przodu linią środkową, z tyłu kręgosłupem, z góry 3-im żebrem, a od dołu linią przeprowadzoną poziomo przez pępek, przyczem odruch skórny w miejscu znieczulonem zachowany. Przed tygodniem pas ten był mniejszy, nie dochodził bowiem na 3—4 centym. do kręgosłupa i był z tyłu węższy. Innych zboczeń niema. I w tym wypadku, jak i poprzednim, oprócz bólu, jedyny objaw hysteryi stanowi ów pas anestetyczny, który rozszerzył się w miejscu, gdzie nastąpił uraz.

5) Kol. G r o s g l i k przedstawił chorego z pemphigus foliaceus universalis.

6) Kol. G o l d m a n miał odczyt p. t. „Przyczynek do nauki o szwie nerwu po uszkodzeniu".

7) Kol. P a ń s k i mówił o przypadku przecięcia n. pośrodkowego (n. mediani).

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 19 Kwietnia 1902 r.

1) K o l. W a s s e r t h a l (junior) wygłosił odczyt „O m e t o d a c h b a d a n i a f u n k c y i n e r e k." Mówił przeto o cystoskopii, cewnikowaniu moczowodów, o kryoskopii i o badaniu za pomocą błękitu metylenowego i florizyny.

Dyskusyę rozpoczął kol. P u t e r m a n, proponując dla określenia funkcyi nerek obok kryoskopii moczu i krwi—tonometru Gärtner'a, uwzględniając wpływ innych czynników na ciśnienie krwi, jak miażdżyca, czynniki psychiczne i t. p.

Kol. B i e g a ń s k i jest zdania, że kryoskopia powinna oddać wielkie usługi praktyce lekarskiej, szczególniej w rozpoznaniu niektórych chorób serca i nerek, szczególniej powikłanych zajęciem miedniczek nerkowych; ponieważ kryoskopowanie nienależy do rzeczy łatwych i codziennych, to wroku zeszłym Strubel zaproponował zastąpić je refraktometryą moczu t. j. oznaczaniem wielkości kąta załamania przechodzącego światła przez mocz. W odpowiedzi kol. Putermanowi kol. B. zaznacza, że mierzenie ciśnienia krwi za pomocą tonometru Gärtnera niemoże żadną miarą dać wyobrażenia o koncentracyi surowicy krwi, czyli o tak zwanem osmotycznem jej ciśnieniu, które niema żadnego związku z ciśnieniem mechanicznem krwi w naczyniach.

2) K o l. E. K o h n wygłosił rzecz p.t. „K s i ą ż e c z k a d o k o n t r o l o w a n i a s t a n u z d r o w i a r o b o t n i k a." Przedstawia typ książeczki ułatwiającej nietylko kontrolowanie chorych robotników, ale pozwalającej sprawiedliwie stan ich ocenić. Proponuje, aby zamiast dotychczasowych, każdorazowo wydawanych, kartek utworzyć jedną książeczkę stałą dla każdego robotnika. W niej są 2 działy, 1) Oględziny 2) Zachorowania. Po wpisaniu oględzin przy wstąpieniu chorego do fabryki, książeczka wraca do fabryki, a wrazie zachorowania robotnik dostaje ją; po wpisaniu do niej rezultatu badania chorego, tenże zwraca ją do kantoru· Tym sposobem otrzymujemy ciągłość w badaniu i znajomość stanu robotnika, a zapobiegamy tak rozpowszechnionej dziś symulacyi.

Kol. K o ł u d z k i uważa ten projekt za niepraktyczny, a proponuje sposób używany w fabrykach Zagłębia Dąbrowskiego. Prócz tego w dyskusyi udział brali kol. B r z o z o w s k i, M a r c z e w s k i, P i s a r z e w s k i i B i e g a ń s k i.

3) Kol. W a s i l e w s k i odpowiada kol. Rozenfeldowi w kwestyi odczytu wygłoszonego na poprzedniem posiedzeniu p. t. „3 przypadki krupu przewlekłego;" kol. W. jest zdania, że po wykryciu pseudolasecznika Löflera jest rzeczą niezdecydowaną, czy lasecznik Löflera stanowi jedyną przyczynę krupu. Toć są wypadki w których wykryto lasecznik, a objawów krupu, jak błon, np. niebyło i odwrotnie. Rolę główną, gra antytoksyna, od jej siły zależy wystąpienie objawów krupu lub nie.

Kol. R o z e n f e l d odpowiada, że błonica bez lasecznika Löfle'a nieistnieje, który w początku choroby mógłbyć wykrytym, a w późniejszym przebiegu choroby z trudnością lub wcale.

Kol. Biegański zwraca uwagę, że z klinicznego punktu widzenia błony mogą istnieć zarówno przy błonicy jak i dyfteroidzie, w ktorym laseczników Löfflera niema.

Posiedzenie, w dniu 17 Maja 1002 r.

1) Kol. Brzeziński (Zawiercie) odczytał rzecz p. t. „O postępowaniu lekarskiem przy uszkodzeniach fabrycznych"—Odczyt był drukowany w „Czasopiśmie lekarskiem."

Kol. Marczewski: Różną ilość symulantów w różnych miejscowościach czyni zależną od sumienności lekarza. W określaniu odszkodowania rola rzeczoznawcy jest trudną; używane za podstawę do postępowania w tym względzie tablice są układane dowolnie, a chociaż oparte na statystyce, jednak są one nieodpowiadające naturze przedmiotu, bo statystyka owa zbieraną jest z wyroków sądowych, sędziowie zaś nie są specyalistami; ztąd też pochodzi różnica w wysokości odszkodowania w rozmaitych tablicach przy jednem i tem samem uszkodzeniu.

Kol. Żołędziowski niezgadza się z poprzednim mówcą, aby ilość symulantów zależną była od sumienności w badaniu lekarskiem. Rola lekarza jest często trudną, ale też w wypadkach wątpliwych lekarze fabryczni odsyłają poszkodowanych do specyalisty.

Kol. Denel jest zdania, że przy określaniu odszkodowania jednakowe prawo ma tak choroba zawodowa, jak i uszkodzenie. Określenie symulacyi przy pierwszem badaniu niezawsze się udaje.

Kol. Królikowski sądzi, że odszkodowanie sprawiedliwe jest u nas rzadkością.

Kol. Biegański zwraca uwagę na niejednostajność postępowania rozmaitych Tow. Ubezpieczeń i na ich nierzetelność w odszkodowaniach.

Kol. Pisarzewski jest zdania, że rzeczoznawca opierać się winien nie na zdolności zarobkowej, ale na utracie możności zarobkowania poszkodowanych.

Kol. Kołudzki. Symulacya wzrasta z roku na rok proporcyonalnie do wzrostu liczby pokątnych doradzców. W odszkodowaniu system rentowy jest racyonalniejszy od ryczałtowego.

2) Kol. Puterman: „Kilka słów w kwestyi osmotycznego i tonometrycznego ciśnienia krwi przy pewnych zaburzeniach czynności nerek." Na poprzedniem posiedzeniu kol. P. wyraził przekonanie, że kryoskopia moczu niezawsze jest wystarczającą przy określaniu sprawności nerek, że w pewnych razach należy ją uzupełnić badaniem za pomocą tonometru Gärtnera. Jednej metody za drugą brać jednak nienależy, czyli, że ciśnienie osmotyczne krwi nie jest identycznem z tonometrycznem, przy pewnych jednak zaburzeniach czynności nerek, molekularna koncentracya krwi może drogą pośrednią wywierać wpływ na napięcie naczyń, a więc i na ciśnienie tonometryczne. Na jakiej drodze to się odbywa—prelegent nie podejmuje się rozstrzygnąć. Spostrzeżenie to jednak może mieć i praktyczne zastosowanie. Kryoskopia np. wykrywa wysoki punkt krzepnięcia moczu, a jednocześnie tonometryczne cyfry bądą wysokie (150—200 mm.) przy niezmienionym stanie serca i naczyń: wtedy możemy z wielkiem prawdopodobieństwem zwiastować wybuch mocznicy.

3) Kol. Pisarzewski przedstawił chorą po operacyi cesarskiego cięcia, przy conjugata diagonalis 8,5. Exostosis na lewem promontorium. Kol. P. jest zdania że w wielu podobnych przypadkach wywołanie przedwczesnego porodu byłoby odpowiedniejszym zabiegiem technicznym.

Posiedzenie w dniu 21 czerwca 1902 r.

1) Kol. Biegański wygłosił rzecz „O ciśnieniu osmotycznem.“ Cała nauka o ciśnieniu osmotycznem powstała z analogii, jaką Vant'Hoff upatrzył pomiędzy zachowaniem się gazów i roztworów, które ulegają jednakowym prawom. Cząsteczki ciała będącego w roztworze zachowują się tak, jak cząsteczki gazów zamkniętych w naczyniach. Jedne i drugie znajdują się w ciągłym ruchu, uderzają o ściany naczynia i wywierają nań ciśnienie. Ciśnienie to daje się ściśle wymierzyć; pierwszy Pfeffer nadał mu nazwę osmotycznego. Osmometr wkrótce został zastępionym przez kryoskopię opartą najpierw na prawie, że ciśnienie osmotyczne jest w prostym stosunku do ilości cząsteczek zrwartych w roztworze, i na drugiem, że punkt zamarżania takiego roztworu jest w stosunku odwrotnym do jego koncentracyi. Ciśnienie jednak osmotyczne ciał zależy nietylko od ilości cząsteczek, ale i tak zwanych jonów, powstałych z rozszczepienia się tych cząsteczek. Ogólne wyniki dają się tak określić. 1) Ciśnienie osmotyczne ujawnia się tylko przy zjawiskach osmozy, po za obrębem tychże niemoże być brane w rachubę i niemoże być porównywane z ciśnieniem mechanicznnem 2) Ciśnienie osmotyczne zależy tylko od ilości cząsteczek i jonów w roztworze 3) Wszelkie więc sposoby, które są w stanie wymierzyć stopień koncentracyi cząsteczkowych roztworu mogą jednocześnie służyć do mierzenia ciśnienia osmotycznego.

Kol. Puterman wyjaśnia, że nietwierdził, aby ciśnienie krwi osmotyczne było identyczne z tonometrycznem. Zaznaczony przez niego stosunek pomiędzy obu ciśnieniami da się tylko wyjaśnić drogą pośrednictwa; skoncentrowana krew, drażniąc ośrodki naczynioruchowe lub same sploty nerwowe w ścianach naczyń, oddziaływać może na napięcie tychże, a więc i na napięcie tonometryczne.

Kol. Biegański jest zdania, że i pośredni związek niezawsze istnieje, np. w końcowym okresie mocznicy punkt zamarzania nizki, a ciśnienie tenometryczne także nizkie.

Kol. Puterman twierdzi, że w tym przypadku ciśnienie mechaniczne jest wysokiem.

W dyskusyi udział jeszcze brali kol. Królikowski, Wasserthal i Brzozowski.

2) Kol. Czajkowski (Sosnowice). Demonstruje preparatu i wypowiada kilka uwag z powodu operowanego przypadku ciąży zamacicznej, jajowodowej. Po opisie danego przypadku prelegent wypowiada przekonanie, że zawsze po rozpoznaniu poronienia lub pęknięcia jajowodu przy ciąży zamacicznej niezwłocznie należy przystępować do operacyi.

W dyskusyi przyjmowali udział kol. Żołędziowski, Rozenfeld, Wrześniowski i Sękowski.

W. Sękowski.

Uroczyste posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie w d. 4 Października.

Obecnych na posiedzeniu 34 członków rzeczywistych, wraz z członkami ofiarodawcami i przedstawicielami inteligencyi około 100 osób.

Przewodniczy kol. Królikowski z Będzina.

I. Kol. S ę k o w s k i odczytał sprawozdanie z rocznej działalności Towarzystwa. Rok sprawozdawczy obejmuje czas od Września 1901 r. do Września 1902 r. Pierwsze posiedzenie organizacyjne miało miejsce w dn. 1 Września 1901 r. Ogółem w ciągu roku było 10 posiedzeń zwyczajnych i 2 nadzwyczajne, poświecone wyłącznie sprawom hygieny.

Na posiedzeniach nadzwyczajnych wypowiedziano 2 odczyty: Kol. B i e g a ń s k i: Palące potrzeby hygieniczne m. Częstochowy.

Kol. R o z e n f e l d: Hygiena pielgrzymek do Jasnej Góry (ogłosz. w Zdrowiu).

Na posiedzeniach zwyczajnych wypowiedziano 19 odczytów.

Przedstawień (demonstracyi) chorych i preparatów na posiedzeniach zwyczajnych było 13.

Sprawozdania z posiedzeń zwyczajnych były umieszczane w „C z a s o p i ś m i e l e k a r s k i e m“, z nadzwyczajnych—w „Z d r o w i u.“

Na posiedzeniach bywało obecnych od 24 do 36 członków.

W Maju Towarzystwo urządziło 2 o d c z y t y b e z p ł a t n e d l a l u d u. Była przeczytana książeczka popularna dra P u ł a w s k i e g o p. t. „O tem, co to jest ospa i co czynić należy, aby się od niej uchronić.“ W Maju i Czerwcu w Czytelni Towarzystwa z a s z c z e p i o n o b e z p ł a t n i e o s p ę 600 dzieciom i dorosłym. Wreszcie poruszone były trzy ważne pod względem praktycznym sprawy. a mianowicie: sprawa budowy nowego szpitala, kąpieli ludowych i hygieny pielgrzymek.

Przy końcu roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło 49 członków rzeczywistych, 5 korespondentów i 11 członków ofiarodawców. Skład Zarządu Towarzystwa był następujący: Prezes—kol. Biegański, Wiceprezes—kol. Pisarzewski, Sekretarz—kol. Sękowski, skarbnik—kol. Rejman, bibliotekarz—kol. Kohn; członkowie Zarządu, kol: Ślizień i Wrześniowski.

II) Kol. E. K o h n odczytał sprawozdanie z e s t a n u b i b l i o t e k i. Biblioteka, licząca 176 dzieł w 266 tomach, powstała dzięki ofiarności Towarz. Lekarskiego Warszawskiego i kolegów (za pośrednictwem dra Pitasa—po drze Wasserzugu, od dra Kohna, Staniszewskiego, Biegańskiego, Pasierbińskiego, Szpigla, Serkowskiego), częściowo z własnych funduszów. Biblioteka posiada nadto 118 roczników czasopism lekarskich, ofiarowanych przez Towarzystwo Lek. Warsz., dra Wasseruga, Staniszewskiego i Kohna. Czytelnia, otwarta codziennie, zaopatrzona jest w 17 czasopism lekarskich, w tem 11 polskich, 2 francuzkie, 2 niemieckie, 1 rosyjskie i 1 czeskie.

III) Kol. R e j m a n odczytał sprawozdanie z e s t a n u k a s y. Dochód Towarzystwa stanowiły składki, pobierane w ilości 10 rb. rocznie od członków rzeczywistych, w ilości 3 rb.—od członków korespondentów, wpisowe (3 rb.) i jednorazowe zasiłki pieniężne członków-ofiarodawców. Ogólny dochód Towarzystwa w roku sprawozczym wynosił: 494 rb. 05 kop., rozchód: 461 rb. 89 kop.

IV. Kol. W o ł k o w i c z z Sosnowca wypowiedział odczyt „O b ł ę d n e m p o j m o w a n i u z a s a d o d ż y w i a n i a“ Źródłem wadli-

wego odżywiania dzieci jest rozpowszechniony, zwłaszcza w sferze zamożniejszej, błędny pogląd o szczególnej użyteczności dla ustroju dziecięcego pokarmów pożywnych, zawierających duże ilości białka pochodzenia zwierzęcego. Liczne objawy chorobowe zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, są następstwem stosowania w praktyce życiowej tego szkodliwego mniemania.

Pokarmy roślinne winny odgrywać w odżywianiu większą, niż dotychczas, rolę.

W dyskusyi przyjmowali udział kol. Pietrasiewicz, Rozenfeld, Sękowski, Drabczyk i Dehnel.

IV. Kol. Sękowski w krótkiem przemówieniu oznajmił, że oddział Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego został zatwierdzony dla Częstochowy i 2-ch sąsiednich powiatów. Następnie zapoznał obecnych z powolną wprawdzie, lecz doniosłą, działalnością Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego i wykazał ważność nowego oddziału zarówno dla mieszkańców Częstochowy, jak i ludności 3 powiatów (częstochowskiego, będzińskiego i noworadomskiego).

VI. Kol. Biegański wypowiedział odczyt „O celowości w zjawiskach patologicznych.“ Wszystkie sprawy, mające w ustroju pozór celowych, dadzą się ostatecznie sprowadzić do samoobrony i samoleczenia. Są one przejawem biernym, który wytwarzał się stopniowo w szeregach następujących po sobie pokoleń pod wpływem doboru naturalnego i przystosowywania się do niezwykłych bodźców chorobotwórczych. Odczyt ten będzie ogłoszony drukiem.

Po opuszczeniu sali przez osoby obce przystąpiono do wyborów nowego zarządu. Jako Prezes został wybrany kol. Biegański, wiceprezes—kol. Pisarzewski, sekretarz—kol. Rozenfeld, skarbnik—kol. Rejman, bibliotekarz—kol. Kohn; członkowie Zarządu:: kol. Czajkowski (Sosnowiec) i kol. Wrześniowski. Na członków komitetu rewizyjnego zaproszeni kol.: Żołędziowski (Dąbrowa), Królikowski (Będzin) i Sękowski.

Posiedzenie d. 18 Października.

I. Kol. Dehnel z Będzina odczytał rzecz p. t. „Sprawozdanie z kursów wakacyjnych dla lekarzy w 1902 r. w Krakowie“ Uniwersytet Krakowski w r. b. w czasie od 7 do 26 Lipca urządził kursa wakacyjne dla lekarzy, ściśle związane z medycyną praktyczną. Na kursa uczęszczało 40 słuchaczów, w tem 10 z Królestwa. Prelegent omawia szczegółowo kurs chorób wewnętrznych prof. Jaworskiego i Korczyńskiego, kurs chorób kobiecych prof. Jordana i kurs chirurgi i prof Trzebicky'ego. O innych kursach ogranicza się krótkiemi wzmiankami. K. Dehnel wyniósł jaknajlepsze wrażenie dzięki bogatemu i dobrze wyzyskanemu materyałowi, dzięki możności wykonywania niektórych zabiegów i prawdziwie koleżeńskiej życzliwości profesorów. Zamierzając odczyt ten ogłosić drukiem, k. Dehnel ma na celu powstrzymać lekarzy od szukania wiedzy u obcych i zachęcić ich do studyów Krakowie.

Kol. Sękowski, Kohn, Biegański, Puterman zapytują prelegenta o bliższe szczegóły, dotyczące kursów.

II. Kol. Puterman z Sosnowca odczytał rzecz p. t. „Kilka uwag w sprawie najnowszych odkryć bakteryologicznych Piorkowskiego“.

a) Prelegent odczytał artykuł sprawozdawczy o wykrytych przez Joseph'a i Piorkowskiego laseczników przymiota. Długość ich 4—8 mikr, szerokość 0,2—0,3 mikr; w kropli wiszącej widał ruchy oscylacyjne. Laseczniki układają się w postaci sztachetek, łatwo barwią się fuksyną, fioletem gencyanowym, odbarwiają się sposobem Grama, kwasami. Hodowle udają się najlepiej z nasienia chorych w okresie zaraźliwym na odpowiednio przygotowanem łożysku zdrowej kobiety oraz na podłożu z surowicy krwi ludzkiej. W mniejszej ilości laseczniki były znajdywane w owrzodzeniach i innych przymiotowych wykwitach. Szczepienia u świnek wywoływały wysypkę w postaci grudek (exanth. papulos). u innych zwierząt dawały wyniki ujemne.

b) Dalej mówi k. P.: o wczesnem rozpoznawaniu tyfusu brzusznego przy pomocy hodowli laseczników na podłożu Piorkowskiego, składającem się z moczu i żelatyny. Hodowle laseczników tyfusu rozwijają się po upływie 16—24 godzin i różnią się od kolonii laseczników okrężnicy mniejszymi wymiarami i charakterystycznemi wyroślami.

c) Podany przez Piorkowskiego, sposób barwienia ciałek metachromatycznych w lasecznikach dyfterytycznych wyróżnia je od podobnych pod innymi względami laseczników pseudodyfterytycznych.

d) Wreszcie wspomina o podanym przez Pappenheim'a sposobie barwienia dwoinek Neissera (gonokoków) przy pomocy zieleni metylowej i pyroniny.

Po wygłoszeniu odcztu k. P. przedstawia odpowiednie preparaty drobnowidzowe.

W dyskusyi—kol. Biegański zaznacza, że odkrycia Piorkowskiego posiadałyby duże znaczenie dla dyagnostyki, o ile byłyby faktem dowiedzionym. Doświadczenia z lat poprzednich (Lustgarten) nakazują przyjmować z pewnem niedowierzaniem wiadomość wykryciu laseczników przymiotu. Fakt odnajdywania ich przedewszystkiem w nasieniu trudno pogodzić ze spostrzeżeniami klinicznemi, które pouczają, że źródłem zarażania się kobiet są najczęściej wykwity przymiotowe na członku.

Kol. Rozenfeld na korzyść twierdzenia kol. Biegańskiego przytacza dwa przypadki z własnej praktyki. W jednym — małżonek, dotknięty przymiotem, zara żonę szankrem twardym dopiero po roku wspólnego z nią pożycia, w czasie nawrotu choroby, polegającego ua wytworzenie się dosyć dużego owrzodzenia na członku.

Kol. Puterman w odpowiedzi zaznacza, że o zaraźliwości nasienia mogłyby świadczyć fakty zarażania się kobiet w czasie ciąży od płodu. Zgadza się jednak, że dopiero przyszłe badania będą mogły rozstrzygnąć sprawę istnienia laseczników przymiotu. Różnicę pomiędzy hodowlą laseczników tyfusu i okrężnicy, jak również różnicę pomiędzy lasecznikami dyfterytycznymi i pseudodyfterytycznymi uważa za dostatecznie stwierdzoną i pewną.

3) Kol. Rozenfeld przedstawił chorego z rozpoznaniem stwardnienia wieloogniskowego (sclerosis disseminata). K. Z. rolnik., l. 31, miał 3 dzieci, przymiotu nie przechodził. Rodzice

zdrowi. Przed 6 laty upadł z wozu i utracił przytomność. Po upływie $1^1/_2$ roku od wypadku podlegał trzykrotnie napadom b. silnego zawrotu głowy. Wkrótce potem zauważył drżenie prawej ręki. Od przeszłego roku utrudnienie mowy i drżenie lewej ręki. Mowa monotonna, bez modulacyi, zwolniona. Zwolnienie jest następstwem rozdzielania sylab (skandowania). Przy wykonywaniu jakiejkolwiek czynności celowej prawa ręka drży b. silnie. Chory nie jest w stanie utrzymać szklanki napełnionej do połowy wodą. Drżenie lewej ręki nieco słabsze. Po zaprzestaniu czynności drżenie zupełnie ustaje. W sferze uczuciowej przygnębienie, często prowadzące do płaczu. Brak jakichkolwiek zaburzeń ze strony czucia skórnego, odruchów, układu mięśniowego, oka, pęcherza i odbytnicy. Kol. R. wyklucza hysteryę i nerwicę ruchową, opisaną opisaną przez Westphala.

Kol. Biegański, podkreślając trudność wyboru pomiędzy stwardnieniom wieloogniskowem i nerwicą ruchową, wobec brako zaburzeń ze strony kończyn dolnych, które winny były wystąpić po 4 latach istnienia choroby, uważa za prawdopodobniejsze rozpoznanie nerwicy. Wobec niepewności radzi zastosować hypnozę.

Kol Dehnel przypuszcza raczej wieloogniskowe stwardnienie i przytacza analogiczny przypadek, ropoznany przez prof. Lambla jako stwardnienie. Kol. Rozenfeld odpowiada, że w rozpoznaniu uwzględniał nietylko drżenie zamiarowe i utrudnienie mowy, ale cały przebieg choroby, jej rozwój powolny, stopniowe pogarszanie się i stałość objawów. Sądzi, że jest to początek rozwijającego się stwardnienia.

IV. Kol. Wrześniowski przedstawił preparat części wyciętego przy operacyi jelita cienkiego z niezwykłym wyrostkiem, około 10 ctm. długości, który opasywał w postaci pierścienia dwie pętle jelita cienkiego i sprowadził objawy zamknięcia światła kiszek. Chory zmarł po upływie 2 dni po operacyi z powodu b. silnej biegunki, bez objawów zakażenia i zajęcia otrzewny.

Kol. Pisarzewski dodaje, że biegunki, występujące czasami po usunięciu przeszkody w przypadkach zamknięcia światła kiszek, zależą od porażenia nerwów trzewiowych. Zalecono są wlewania fizyologicznego roztworu soli, najczęściej bez skutku.

V. Kol. Sękowski w sprawie zatwierdzonego oddziału Hygienicznego Towarz. podaje do wiadomości, że posiedzenia i odczyty popularne mogą się odbywać w obrębie 3-ch powiatów: częstochowskiego, będzińskiego i noworadomskiego. Zatwierdzenie odczytów uzyskuje Rada Towarz. Warsz. w ciągu 2—3 dni.

Na członków rzeczywistych zostali przyjęci kol.: Janiszewski z Ząbkowic, Łokczewski i Nowak z Częstochowy, Paderewski z Czeladzi.

Karol Rozenfeld.

KRONIKA

a) Kronika naukowa.

Surowica rakowa.—Surowica przeciwpłonicza.—Tężec po szczepieniu krowianki.—Środek epilacyjny.

Jensen wielokrotnie przeszczepiał z wynikiem dodatnim raka z myszy na mysz, a przez zastrzykiwanie zarażonemu zwierzęciu surowicy rakowej osiągał znikanie nowopowstałego guza. W przenoszeniu jednak raka ludzkiego na zwierzęta badacz ten nie był szczęśliwszym od innych. Co się tyczy psów, to u tych zwierząt próby szczepienia raka udawały się wielokrotnie. Na takich właśnie zwierzętach autorzy od 1 ½ roku przedsięwzięli próby lecznicze. W tym celu miażdżyli świeżo wycięte nowotwory i, rozcieńczywszy otrzymaną miazgę, po całych tygodniach wstrzykiwali pod skórę królikom, otrzymanej zaś z królików surowicy używali do leczenia chorych na raka psów. Skutek wielokrotnych wstrzykiwań był ten, że po kilku tygodniach guz miękł i jakby się rozpływał, badanie zaś drobnowidzowe wykrywało wśród nielicznych komórek rakowatych komórki tłuszczowo zwyrodniale tudzież kropelki tłuszczu, cały zaś guz był w stanie rozpływu czyli przedstawiał zjawisko, jakie się widuje przy auto- i cytolyzie. W końcu guz znikał zupełnie.

W dalszym ciągu postępowali Leyden i Jensen tak: ze świeżo wyciętego nowotworu przyrządzali wyciąg, który wstrzykiwali choremu psu, uznanemu za nieuleczalnego. Wynik pięciomiesięcznego leczenia była ten, że guzy rakowate znikły u psa prawie całkowicie, badanie jednak pozostałych resztek wykryło nabłonkową tkankę rakowatą. Zachęceni takimi wynikami autorzy przedsięwzięli próby na ludziach, do czego używali wyciągu przyrządzonego w podany wyżej sposób, z tą jedynie różnicą, że używali świeżo wyciętych guzów rakowatych ludzkich. Poddawani leczeniu temu byli chorzy beznadziejni, zawsze jednak po uzyskaniu z ich strony zupełnej zgody. Leczenie znosili chorzy zupełnie dobrze, wynik jednak, jak się tego zresztą łatwo spodziewać można, w większości przypadków był fatalny.

W dwu atoli przypadkach trwającej od kilku miesięcy choroby zauważyli autorzy następujące nader ciekawe zjawisko: oto lubo pod wpływem leczenia guz nie uległ znacznej zmianie, brakowało wszakże przerzutów, gdyż powiększone uprzednio gruczoły znikły, co w zupełności stwierdziło badanie pośmiertne. Jeszcze bardziej godnym uwagi jest trzeci przypadek, dotyczący 45 letniej kobiety, dotkniętej nie uleczalnym rakiem macicy. Przyjęta do szpitala w opłakanym stanie chora otrzymywała zastrzykiwaniu w początkach—surowicy, następnie zaś — wyciągu rakowego. Pod wpływem leczenia stan ogólny polepszył się, guz zaś miejscami uległ napozór rozpadowi. Po upływie dziesięć miesięcy trwającego leczenia guz powiększył się

tylko nieznacznie, bóle na ogół zmniejszyły się, wszakże od czasu do czasu wciąż jeszcze występowały w postaci gwałtownych napadów, i lubo o zupełnem wyzdrowieniu dotąd nie może być jeszcze mowy, atoli siły chorej o tyle się powiększyły, że może ona na kilka godzin opuszczać łóżko, co tem bardziej godne jest uwagi, że przy wstąpieniu do szpitala stan chorej był do tego stopnia opłakany, iż z dnia na dzień oczekiwano zejścia śmiertelnego. (Deut. Med. Wochens. 36.)

Na zjeździe przyrodniczo-lekarskim w Karlsbadzie assystent prof. Escherich'a, Moser, zdawał sprawę o surowicy przeciwpłoniczej, którą z doskonałymi wynikami stosował w szpitalu dziecięcym Świętej Anny w Wiedniu. Surowica ta otrzymuje się przez zastrzykiwanie, aż do zupełnej imunizacyi, koniom hodowli streptokoków otrzmanych ze krwi chorych na płonicę. Dzięki surowicy autor uratował w kilku beznadziejnych na pozór przypadkach życie małych chorych. Przy postaciach mniej ciężkich surowica osłabia objawy chorobowe, zwłaszcza gorączkę, tudzież znacznie skraca sam przebieg choroby, wogóle działanie surowicy tem jest skuteczniejsze, im wcześniej zostaje ona zastosowana. Co się tyczy dawki, takowa z powodu słabej koncentracyi sięga 180 –200 grm., powodując przez to dosyć częste wysypki różycowate. Nie ulega wątpliwości, że z czasem można będzie otrzymać surowicę bardziej stężoną, którą wypadnie wstrzykiwać w mniejszych ilościach.

O podobnych doświadczeniach, z surowicą przeciwpłoniczą przez Aronsohna, mówił Baginsky d. 5 Listopada r. b. w berlińskiem Tow. Lek. Wyniki Baginskiego świadczą o pewnym leczniczym efekcie nowego leku.

Wobec szczupłych danych kazuistycznych, przyszłość dopiero pokaże, jaką właściwie wartość posiada nowowynaleziony lek.

Dr. B. Gallois w przypadkach nadmiernego uwłosienia zamiast stosowanych dotąd środków epilacyjnych zaleca wodny roztwór dwutlenka wodoru (eau oxygenée), który na wacie przykładać należy co dzień na kilka minut na okolicę, z której pragniemy usunąć włosy. Pod wpływem dwutlenku wodoru włosy tracą barwę, zamieniają się na delikatny puszek, wreszcie obłamują się u podstawy. W razie odrastania włosów zabieg należy powtórzyć. Chorzy znoszą leczenie to dobrze; nadto posiada ono tę zaletę, że nie wywołuje nadmiernego odrastania włosów.

Tężec wskutek szczepienia krowianki dotąd uchodził za zjawisko nader rzadkie, prawie wyjątkowe. To też na szczególną uwagę zasługuje komunikat prof. M-c Farlanda (z Filadelfii) o niesłychanej częstości tego cierpienia podczas masowych szczepień wykonanych z powodu panującej epidemii ospy w 1901 r. w Stanach Zjednoczonych. Dosyć powiedzieć, że w tym okresie czasu spostrzegano aż 95 przypadków tężca, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Fakt ten zależał oczywiście od zaniedbania niezbędnych przy wyrobie limfy ostrożności.

Tężec występował po szczepieniu limfy zarówno glicerynowej, jak i wyszonej; na szcze-

gólną uwagę zasługuje okoliczność, że tężcowi towarzyszył tylko udatnym szczepieniom tudzież, że okres wylęgania jego przeciętnie był o dwa tygodnie dłuższy, niż w przypadkach tężca przyrannego. Z faktu powyższego autor wyprowadza wniosek, że laseczniki tężca zaszczepione jednocześnie z krowianką znajdują dla swego rozwoju odpowiednie warunki dopiero wtedy, gdy pod wpływem rozwoju pryszcza ospowego nastąpi niejakie zniszczenie tkanki.

b) Kronika bytowa.

84. Wystawa hygieniczno-spożywcza w Łodzi. (na dochód Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Ł.) odbędzie się w czasie od 10 do 25 Stycznia r. 1903-go.

Celem wystawy będzie zapoznanie szerokiego ogółu z hygieną żywienia, tudzież z wytwórczością krajową na polu kulinarno-spożywczem.

Do działu pierwszego, naukowego, prócz okazów ściśle naukowych, kwalifikują się: kuchnie fabryczne, ochrony, szpitale, kuchnie tanie, szkoły z internatami, kolonie letnie, domy zdrowia i t. p.

O współudział w tym dziale są proszone zarówno zarządy wymienionych instytucyi, jak i wszystkie towarzystwa naukowe: lekarskie, hygieniczne, farmaceutyczne, techniczne, chemiczne. O poparcie usiłowań organizatorów wystawy i pomoc wystawcom proszono przedewszystkiem towarzystwa lekarskie; te ostatnie proszono też o udział bezpośredni, mianowicie o wystawianie okazów, tablic, planów: o sposobie żywienia się ludności miejscowej, zwyczajach panujących przy odżywianiu niemowląt, sposobach przyrządzania potraw, stanie wody do picia, o hygienicznym stanie targów i rynków. urządzeniu rzeźni, o sposobie bicia bydła. o kontroli produktów spożywczych, o stanie jatek i t. p.

Inne działy wystawy obejmą: wytwórczość przemysłu krajowego na polu kulinarno-spożywczem.

85. Pomoc lekarska w gub łomżyńskiej. Administracya gubernii opracowała projekt organizacyi pomocy lekarskiej w gub. łomżyńskiej, gdyż istniejące trzy szpitale na 659 tys. ludności zupełnie nie wystarczają.

Projektowanem jest urządzenie 25 punktów lekarskich; w każdym ma być szpital na 10 łóżek i ambulans; początkowo jednak ma być założone tylko 15 szpitali, reszta zaś w ciągu lat 6-ciu. Uposażenie lekarza będzie wynosić 900 rb. rocznie i 300 rb. na mieszkanie; felczerzy będą pobierać 360 rb. Wogóle utrzymanie pomocy lekarskiej ma wynosić—95,000 rb., nie licząc 20,000 rb. na trzy istniejące już szpitale wiejskie. Urządzenie każdego szpitalika kosztować będzie 1000 rb.

Jak widzimy, projekt jest zakreślony nieco szerzej, aniżeli w gubernii płockiej. (Echa płockie)

86. Radomskie Towarzystwo lekarskie. W dniu 30-go września r. b. odbyło się pierwsze posiedzenie organizacyjne członków założycieli Radomskiego towarzystwa lekarskiego, na którem przyjęto, przez głosowanie tajne, 37 członków, co z 11 członkami założycielami, stanowi poważną liczbę 48 członków czynnych. Prócz tego omawiano wiele kwestyi; niektóre z nich zostały w zasadzie rozstrzygnięte, inne zaś poruczono opracować i zaprojektować komitetowi organizacyjnemu, składającemu się z 3, ku temu wybranych, członków lekarzy, a mianowicie: Juljana Majkowskiego, Romana Cennere i Antoniego Szczepaniaka.

Po wydrukowaniu i rozesłaniu ustawy, zwołanem będzie pierwsze ogólne posiedzenie administracyjne, na którem ma być wybrany Zarząd towarzystwa, ustanowiona wysokość składki rocznej i inne zarządzenia natury gospodarczej. Na temże posiedzeniu administracyjnem oznaczony zostanie termin i program posiedzenia inauguracyjnego.

87. „Tydzień“ piotrkowski zwraca uwagę na odpowiedni i gotowy gmach na szpital dla obłąkanych.

Jest nim gmach w Wolborzu, pod Piotrkowem.

Obecnie są tam koszary, które jednak mają być przeniesione do Piotrkowa.

Myśl „Tygodnia“ godna jest poważnego zastanowienia!

88. „Kuryer Sosnowiecki“ porusza ważną sprawę przewożenia chorych do szpitali: „Do rażących zjawisk w naszem zagłębiu należy praktykowany w niektórych zakładach górniczych sposób transportowania chorych, uległych wypadkom na kopalniach przy pracy.

Częstokroć chorego ze złamanemi nogami kładą na zwyczajny wóz półkoszowy, wrzucają parę garści siana lub słomy i wiozą kilka wiorst nawet i mil po słynnych naszych drogach. Można sobie wyobrazić, jaki ból, dotkliwy odczuwa pacyent przy każdym napotykanym na drodze kamieniu, na każdym wyboju, wskutek doznawanych przez wóz wstrząśnień.

Tego rodzaju odstawianie chorego do szpitala jest wysoce nieludzkiem; to jest jedna strona medalu. Kompetentni zaś w tym względzie lekarze zapewniają, że podobne nieoopowiednie transportowanie chorych odbija się bardzo poważnie na ich rekonwalescencyi.

Niejednokrotnie, wskutek wadliwego zrostu kości, uległy wypadkowi zostaje kaleką i słusznie żąda odszkodowania za kalectwo od swych pracodawców. Sądzimy przeto, że, jeżeli nie względy humanitarne, to przynajmniej dobrze zrozumiany własny interes, powinien zwrócić uwagę właściwych sfer na poruszoną tutaj kwestyę.“

89. Jak donosi „Kuryer Warszawski“ z początkiem r. 1903-go zacznie wydawać w Warszawie Dr. J. Zawadzki „Bibliotekę lekarską.“ Biblioteka ma wychodzić jako miesięcznik objętości 10—15 druku i ma obejmować podręczniki oryginalne i tłomaczone ze wszystkich działów medycyny.

90. W ostatnich tygodniach osiedli w Łodzi: kol. F. Arnstein z Kutna kol. Bernhard z Łęczycy i kol. Fr. Grodecki z Pren.

W celu uczczenia tego ostatniego mieszkańcy m. Pren założyli „Kasę pomocy dla ubogich chorych, imienia Dra Fr. Grodeckiego.“

91. Kol. Serkowski otrzymał na wystawie spożywczej w Warszawie dwie najwyższe nagrody: Dyplom uznania za wzorowe prowadzenie stacyi hygienicznej i swą działalność naukową, oraz wielki złoty medal za „Domowe praktyczne sposoby badania produktów spożywczych.“

92 Ukazały się trzy nowe oryginalne dzieła lekarskie:

Dra Wł. Gajkiewicza: O źrenicy w stanie zdrowia i choroby.

Dra Wac. Męczkowskiego: O udawaniu (symulacyi) objawów nerwowych, oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych.

Dra L. Forstetera: Tablice poglądowe do dyagnostyki wad zastawek serca. Pięć tablic, 27 szematów kolorowanych i tekst.

Komitet organizacyjny Wystawy hygieniczno-spożywczej w Łodzi ośmiela się zwrócić uwagę, że najodpowjedniejsza forma, w jakiej szpitale, ochrony, przytułki, szkoły z internatami, kuchnie tanie, kuchnie fabryczne i t. p. zakłady mogą wziąć udział w Wystawie jest następująca:

Przedstawienie modelu, fotografii, rysunków zakładu; w szczególności jadalni, kuchni i śpiżarni.

Przedstawienie jakości wydawanych potraw w formie tablic graficznych; ilość porcyi, jadłospis tygodniowy i t. p. Również ilość wydawanych produktów surowych.

Przedstawienie sposobów przyrządzania potraw, przechowywania zapasów.

Przedstawienie sposobu kontroli nad produktami spożywczymi.

Przedstawienie aparatów do filtrowania i zmiękczania wody.

Analiza wody miejscowej.

Przedstawienie zastaw stołowych.

O ile powyższy kwestyonaryusz nie wyczerpuje zakresu działalności instytucyi w kierunku żywienia—Komitet Wystawy, chętnie udzieli bezpośrednich informacyi. W tym względzie zwracać się można listownie pod adresem: „Pogotowie ratunkowe w Łodzi, Spacerowa 11.“

Komitet redakcyjny:
L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, E. Sonnenberg

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 30 Октября 1902. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.